FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — THÈSE — N° 151

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Février 1891, à 1 heure

Par JULES-FRANÇOIS BURNET,
Né à Paris, le 6 novembre 1863.
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Médaille de l'Assistance Publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYSTÉRIE INFANTILE

SON EXISTENCE AU-DESSOUS DE L'AGE DE 5 ANS

Président : M. HAYEM, professeur.
Juges : MM. GRANCHER, professeur.
CHAUFFARD et MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ... M.	BROUARDEL.
Professeurs ...	MM.
Anatomie ...	FARABEUF.
Physiologie ...	CH. RICHET.
Physique médicale ...	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale ...	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale ...	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales ...	BOUCHARD.
Pathologie médicale ...	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale ...	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique ...	CORNIL.
Histologie ...	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils ...	TILLAUX.
Pharmacologie ...	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale ...	HAYEM.
Hygiène ...	PROUST.
Médecine légale ...	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée ...	STRAUS.
Clinique médicale ...	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants ...	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ...	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux ...	CHARCOT.
Clinique chirurgicale ...	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires ...	GUYON.
Clinique ophthalmologique ...	PANAS.
Clinique d'accouchement ...	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. A. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	VILLEJEAN
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REYNIER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		
FAUCONNIER.	NELATON.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE
ET DE MA GRAND'MÈRE.

A MON PÈRE.

Filial hommage de reconnaissance.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR HAYEM

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR AUG. OLLIVIER,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital des Enfants malades.

MONSIEUR DREYFUS-BRISAC,
Médecin de l'hôpital Tenon.

MONSIEUR PORAK,
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

MONSIEUR DELENS,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des yeux à l'hôpital Lariboisière.

A TOUS MES PREMIERS MAITRES,
A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX.

AVANT-PROPOS

« Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. » Une telle défense, sortant de la plume autorisée de La Bruyère, me rassure un peu au moment de faire paraître cette thèse inaugurale, demandée par la Faculté au candidat qu'elle sacre docteur. Mais, après avoir écrit la dernière ligne de cette étude sur l'hystérie infantile, me souvenant de ce que je voyais à faire, des horizons aperçus, je ne me fais pas d'illusion sur la valeur de mon œuvre. Et pourtant le sujet était vaste et intéressant; il aurait pu l'être aussi pour le lecteur s'il avait été traité avec plus d'autorité et de compétence.

Tel qu'il est, mon modeste travail contribuera peut-être à établir l'existence d'un fait clinique jusqu'ici contesté ou du moins peu nettement affirmé, l'existence possible, fréquente, de l'hystérie chez les enfants au dessous de cinq ans. — Pourquoi avoir choisi cette limite d'âge comme cadre de mon étude? C'est parce que, au dessus de la cinquième année, comme on le verra plus loin, l'existence de l'hystérie est

devenue aujourd'hui un fait incontesté, une donnée classique; et c'est seulement au dessous de cet âge que la névrose a été mise en doute, passée sous silence ou regardée comme exceptionnelle. J'espère démontrer qu'elle y est, au contraire, assez commune.

C'est un honneur pour moi de pouvoir dédier ce premier travail à mon cher maître, M. le docteur Aug. Ollivier. J'ai à le remercier, non seulement d'avoir été, pendant mon année d'externat dans son service à l'hôpital des Enfants malades, le maître bienveillant que tous ses élèves ont pu apprécier; non seulement de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse et de m'avoir fourni, pour ce travail, un grand nombre d'observations; mais encore de m'avoir honoré de son amitié et d'être toujours resté pour moi un guide dévoué et un conseiller plein de sollicitude.

Je ne dois pas moins de reconnaissance à M. le professeur Hayem qui, depuis l'année si intéressante et si bien remplie pendant laquelle j'ai eu l'honneur d'être son externe à l'hôpital Saint-Antoine, m'a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Aujourd'hui encore, il me fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je le prie d'agréer l'assurance de ma profonde gratitude.

Je remercie aussi MM. les docteurs Delens, Porak et Dreyfus-Brisac qui, pendant mon externat dans leurs services, m'ont dirigé de leurs sages leçons et se sont également montrés pleins d'intérêt pour moi.

HISTORIQUE

L'étude de l'hystérie infantile est de date toute récente. Cette affection, pourtant, a dû exister dans tous les temps et sous toutes les civilisations. L'hystérie étant chez l'adulte l'une des maladies les plus anciennement décrites, et mentionnée dans plusieurs des livres d'Hippocrate, son observation intéressant non seulement le médecin, mais aussi le philosophe, le psychologue et le moraliste, il semble inexplicable que l'existence n'en ait été dès longtemps constatée à tous les âges de la vie. Et pourtant, il n'est peut-être pas de sujet sur lequel on ait accumulé plus d'erreurs, pas de maladie qui, malgré des écrits nombreux, soit restée jusqu'à nos jours aussi obscure et aussi mystérieuse. La multiplicité et la variabilité de ses symptômes l'avaient fait appeler un véritable Protée; ce nom, donné par Sydenham, est encore justifié par la persistance avec laquelle cette névrose a échappé à l'observation.

De l'hystérie chez l'enfant, il n'en était et ne pouvait en être question. On ne pouvait en admettre l'existence pendant que régnait la théorie d'Hippocrate, mettant le point de départ de l'hystérie dans la fureur de l'utérus non satisfait, et faisant,

par suite, de cette maladie l'apanage de la femme seule, voire même uniquement d'une certaine classe de femmes : « L'hystérie attaque de préférence les vieilles filles, les veuves, les femmes d'un certain âge, plutôt que les jeunes, parce que chez les premières la matrice est plus légère (1). »

Et cette théorie, avec quelques nuances, a survécu jusqu'à nos jours. Elle a été admise par Galien, qui, cependant, a réfuté un grand nombre d'idées ridicules émises par ses devanciers, médecins et philosophes.

Plus près de nous, Dubois d'Amiens et Foville disent que l'hystérie est une névrose de la matrice. Pujol, et avec lui l'école physiologique, prétendent qu'elle est due à l'irritation causée par une métrite chronique. L'opinion d'Hoffmann est à peu près semblable : pour lui, la cause de l'hystérie est la rétention d'humeurs corrompues dans l'utérus.

Astuc Négrier, Piorry, etc., voient dans la maladie une névrose ayant les ovaires pour point de départ. Pour Robert Lee, ce serait un spasme de l'œsophage, transmis à cet organe par l'utérus et les ovaires au moyen d'anastomoses nerveuses existant entre eux.

En 1815, nous trouvons encore, en Louyer-Willermay, un représentant de la vieille théorie Galéno-hippocratique.

Et cependant depuis longtemps, Charles Lepois,

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes* (Trad. de Littré). *Maladies des femmes*, t. I.

Sydenham avaient publié de remarquables travaux, qui jetaient déjà un grand jour sur la question. Charles Lepois (1618), le premier, soutint que l'hystérie était le résultat d'un trouble particulier des fonctions du système nerveux et que, ne relevant aucunement de lésions des organes génitaux chez la femme, elle pouvait exister dans les deux sexes.

Ces idées, ou du moins l'existence de l'hystérie chez l'homme, furent admises par Willis, Boerhave, Sydenham, Raulin, Pomme, Cullen, Georget.

Pourtant, après ces illustres autorités, Landouzy, en 1848, dans son *Traité complet de l'hystérie*, dit encore que l'hystérie est une névrose de l'appareil génital de la femme. Mais, comme il ne peut absolument en nier l'existence chez l'homme, il déclare que chez celui-ci, elle est aussi « l'effet d'un état morbide des organes génitaux ».

Il est bien évident que, sous l'empire de ces idées, on ne pouvait songer à rechercher l'existence de l'hystérie chez les enfants. Et si de rares auteurs, tels que Rivière, Hauffmann, Cullen, Raulin, en ont constaté quelques cas, ce n'a été qu'avec les mêmes préventions. Il s'agissait pour eux de faits exceptionnels pouvant s'expliquer, soit par une précocité rare dans le développement des instincts sexuels, soit par un état morbide des organes de la génération.

En 1859, la question change définitivement de face. Briquet, dans son *Traité classique et thérapeutique de l'hystérie*, abandonne enfin le champ de

l'hypothèse, pour s'en tenir à l'observation des faits. Il publie 430 observations, dont 87 relatives au jeune âge, depuis la naissance à 12 ans. Et après avoir analysé ces faits, concluant de leur production en dehors de toute lésion anatomique, il dit : « Pour moi, l'hystérie est une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux, qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions. »

Puis Bernutz, dans son remarquable article *Hystérie*, du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.*, confirme ces nouvelles données. Il montre les conditions qui font apparaître la névrose, l'existence incontestable de celle-ci chez l'homme, et enfin son explication dans un défaut d'équilibre entre les différentes parties du système nerveux.

Enfin, c'est surtout aux travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves, que nous devons de connaître nettement la nature de l'hystérie. L'école de la Salpêtrière a eu le double mérite d'avoir fait table rase des idées préconçues, si respectables que fussent les autorités dont elles venaient, et d'y avoir substitué l'observation exacte et rigoureuse des faits. Par l'application, à l'examen des malades, des strictes données de l'anatomie et de la physiologie, la maladie a enfin été décrite d'après ses symptômes, et la nature en a été exactement définie : c'est une névrose, qui ne dépend en rien de l'utérus, ni des ovaires, en un mot, en rien de l'appareil génital.

Comme la femme, l'homme et l'enfant peuvent en être atteints.

Dès ce moment, les publications se multiplient : d'une part sur l'hystérie de l'homme, d'autre part sur l'hystérie infantile. Cette dernière seule nous intéresse ici ; et, pourtant, dans le nombre des auteurs qui s'en sont occupés, il faut faire un choix.

C'est encore, en premier lieu, M. le professeur Charcot et ses élèves de la Salpêtrière.

C'est M. Bourneville, publiant de longues et minutieuses observations d'hystérie infantile. C'est M. Richer citant également plusieurs cas analogues. Ce sont enfin les thèses de M. Paris, de M. Guiraud, sur l'hystérie des petites filles ; de M. de Casaubon sur l'hystérie des jeunes garçons ; de MM. Klein et Batauld, citant des cas remontant à l'enfance ; de M. Peugniez et de Mlle Hélène Goldspiegel, qui ont traité de l'hystérie infantile d'une manière si étendue et si intéressante.

Parmi les travaux analogues à l'étranger, il faut citer : l'important mémoire du docteur Clopatt de Helsingfors, réunissant 270 observations ; l'article d'Otto Soltmann, dans le grand ouvrage de Gerhardt ; le chapitre spécial et si bien fait d'Henoch, dans son ouvrage sur les maladies des enfants ; enfin, en Angleterre, quelques mémoires, dont le plns important est celui de Barlow.

En France, les auteurs de Traités sur les maladies de l'enfance ont été longtemps avant de faire à l'hystérie l'honneur d'un chapitre. On ne pouvait, ré-

cemment encore, trouver quelques renseignements précis que dans le manuel de M. le docteur Descroizilles, et les conférences de M. le docteur Jules Simon. Mais, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, parues en 1889, mon maître, M. le docteur Aug. Ollivier, ne consacre pas moins de six leçons à l'étude de l'hystérie dans le jeune âge. On y trouve, avec la richesse des observations et la finesse des détails, une grande sagesse d'interprétation ; et l'on pourra constater, dans mon travail, plus d'un emprunt à ces intéressantes cliniques.

MM. d'Espine et Picot ont fait paraître aussi en 1889, une quatrième édition de leur excellent *Manuel pratique des Maladies de l'Enfance*. Le chapitre *Hystérie* y tient une bonne place, et la question est bien traitée. J'en dois dire autant de la deuxième édition qui vient de paraître (1891), du *Traité élémentaire de Pathologie et de Clinique infantiles*, par M. le docteur Descroizilles. Ces livres sont dans toutes les mains. L'existence de l'hystérie dans l'enfance, au moins au dessus de la cinquième année, est donc une donnée classique, un fait aujourd'hui connu et admis de tout le monde. Ce qui l'est moins c'est l'existence de la névrose dans les premières années de la vie.

De l'existence de l'hystérie au dessous de l'âge de 5 ans.

Il semble, en effet, que cette bizarre maladie ait disputé pied à pied, aux investigations de la science, les limites de son domaine. Attribuée jadis à la femme seule, niée chez l'homme et chez l'enfant, il faut de longs siècles avant que son existence soit nettement prouvée et chez l'un et chez l'autre. Mais enfin, les observations multipliées et sagement interprétées ont dissipé tous les doutes à cet égard. Il est résulté néanmoins de ces observations elles-mêmes que, dans les cas décrits, le début n'ayant guère eu lieu avant la cinquième année, c'est à partir de l'âge de 5 ans que l'on s'est accordé à regarder comme possible l'apparition des accidents hystériques.

On trouve l'expression de cette opinion générale nettement formulée par plusieurs auteurs. J'emprunte la citation suivante à la thèse, d'ailleurs si bien faite, de M. Peugniez ; étudiant l'âge du début des accidents, et consultant les statistiques antérieures, il trouve ceci :

Landouzy, sur 52 cas d'hystérie, en cite 4 avant 10 ans, et 48 de 10 à 15.

Briquet, dans ses 87 observations, expose le tableau suivant relatif à l'époque du début des accidents :

31............	dans l'enfance.	
3............	à l'âge de	5 ans.
6............	—	6 à 7 ans.
11............	—	7 à 8
6............	—	8 à 9
9............	—	9 à 10
4............	—	10 à 11
17............	—	11 à 12

Georget relate un cas à 9 ans, un autre à 11 ans.
Beau, 6 cas de 10 à 15 ans.

Paris, 3 cas de	....	7 à 8 ans.
3 —	....	9 à 10
1 —	....	10 à 11
1 —	....	11 à 12

Greffier (*Arch. gén. de médecine*, 1882, p. 405) : Sur 23 cas, 3 à 8 ans.

Et tous les autres à un âge au dessus de 8 ans.

Klein, sur 58 cas, n'en trouve pas un seul au dessous de 12 ans.

Et M. Peugniez conclut « qu'il est impossible de fixer un âge de prédilection pour les débuts des accidents hystériques chez l'enfant. Tout ce qu'il nous est permis d'affirmer, c'est que les symptômes de la névrose apparaissent rarement avant l'âge de 6 à 8 ans, et que, pour les filles, l'influence de la mens-

truation est presque nulle sur le développement des accidents. »

Dans le *Manuel* classique (1) de MM. d'Espine et Picot, on trouve de même :

« *Age.* — L'hystérie peut débuter dès l'âge de 5 ans. Briquet en cite trois exemples, et elle devient plus fréquente à mesure qu'on se rapproche de l'adolescence. En additionnant les statistiques de Landouzy, de Georget, de Beau et de Briquet, on trouve 71 cas d'hystérie entre 5 et 10 ans, et 157 entre 10 et 15 ans. D'autres observateurs ont également cité depuis un grand nombre de cas d'hystérie chez les enfants ; cependant, le début de la maladie est encore plus fréquent après 15 ans ; pour Briquet, les enfants hystériques ne représentent que le quart ou le cinquième du nombre total des hystériques. »

Et l'on trouve à la suite, signalé comme exceptionnel, le cas observé par M. Batault, celui d'un homme dont les accidents auraient débuté à l'âge de 2 ans et 9 mois.

Je citerai encore ces lignes de M. Descroizilles, dans son *Traité* (2), dont la dernière édition est de cette année même : « On sait que l'on rencontre souvent l'hystérie dans l'enfance. D'après des faits cités par

(1) D'Espine et Picot. *Manuel pratique des maladies de l'enfance.* 4e édit., Paris, 1889, page 512.

(2) Descroizilles. *Traité élémentaire de Pathologie et Cliniques infantiles*, 2e édit., Paris, 1891, p. 675.

Briquet, elle peut débuter dès l'âge de 5 ans, mais elle est beaucoup plus commune entre la onzième et la seizième année, que de 5 à 10 ans. »

Il serait facile de multiplier les citations semblables, pour établir que la plupart des auteurs nient l'existence de l'hystérie chez les enfants au dessous de 5 ans, ou bien gardent sur ce sujet un silence également négatif. En effet, s'ils en avaient observé des cas, ils en feraient mention. L'hystérie, au dessous de cette limite d'âge de 5 ans, est-elle donc si rare ? Je ne le pense pas. Je crois produire plus loin des faits probants à l'appui de mon opinion et, pour le moment, je crois pouvoir dire que tout provient d'une erreur d'interprétation. On s'est contenté de regarder comme des troubles prémonitoires des accidents qui sont de véritables symptômes de la maladie. « D'une manière générale, dit M. de Casaubon, l'hystérique porte en lui, dès son plus jeune âge, l'empreinte de sa maladie, car il ne faudrait pas croire que cette névrose n'existe que lorsqu'elle s'est révélée par les grands symptômes. On peut devenir hystérique, mais on naît le plus souvent hystérique ou, si le mot effraie, on naît nerveux. Les convulsions, les cauchemars, l'incontinence nocturne d'urine, l'impressionnabilité quelquefois excessive du caractère, si souvent observés dès le bas âge, ne sont que l'indice de la maladie, qui est encore à l'état latent, et qui, si elle est aidée surtout par les circonstances, ne tardera pas à se révéler par ses divers phénomènes.

Puis la maladie se confirme davantage : ce sont des céphalées persistantes ou revenant à une heure fixe, des doulenrs vagues, une irritabilité plus grande, des insomnies plus fréquentes, etc., et un jour, soit spontanément, soit à la suite d'une impression vive quelconque, une attaque se déclare. »

Voilà le véritable état de la question ; tout le monde, comme nous le verrons plus loin, admet que l'hérédité est la cause principale de l'hystérie, tout le monde admet donc qu'un grand nombre d'hystériques le sont par leur naissance et dès leur naissance ; tout le monde admet que certains symptômes morbides observés dans l'enfance sont de nature hystérique, mais l'on n'ose affirmer l'existence de la névrose avant la première attaque, la première grande crise de l'hystérie convulsive.

Et pourtant Briquet, dont les statistiques, comme on l'a vu, ont servi à établir cette opinion que les accidents de l'hystérie commencent au plus tôt vers la cinquième année. Briquet avait dit que, pour être hystérique, il n'est pas besoin de crises de nerfs, et que beaucoup d'autres symptômes sont caractéristiques de la névrose. M. le professeur Charcot l'a répété aussi : la crise n'est qu'un épisode dans la vie de l'hystérique. Cet épisode peut très bien manquer, si aucune circonstance ne vient déterminer son apparition. Voilà pourquoi, chez les enfants, les circonstances déterminantes n'ayant pas encore eu le temps d'intervenir, l'hystérie s'arrêtera le plus souvent aux accidents non convulsifs. Mais ces

troubles si multiples dont on trouvera la description plus loin, et qu'on observe chez des enfants nés de parents névropathes, chez des enfants qui, sauf guérison, restent déséquilibrés au point de vue moral, et souvent deviennent plus tard des hystériques confirmés par l'attaque hystéro-épileptique ; ces troubles, il n'y a pas à en douter, sont des symptômes de l'hystérie ; l'hystérie est leur cause pathogénique.

Ce ne sera, du reste, pas seulement l'attaque qui pourra manquer. On constatera de même la fréquente absence de ces troubles somatiques, appelés *stigmates*, dont il sera parlé plus loin, et qui ont une si grande valeur pour le diagnostic lorsqu'ils existent. Il n'y aura pas à hésiter, s'il reste assez d'autres symptômes caractéristiques, si l'on constate des accidents dont la nature, l'étiologie et la marche ne puissent être expliquées que par l'intervention de l'hystérie.

Cette absence, habituelle dans le tout jeune âge, des crises et des stigmates, ne doit pourtant pas faire croire à une forme spéciale de l'hystérie dans l'enfance. Non, l'hystérie est une ; c'est une maladie aujourd'hui bien définie, la même chez l'enfant et l'adulte, mais, comme l'a surtout démontré M. le professeur Charcot, c'est une maladie essentiellement psychique, présentant une gradation dans la production de ses troubles. On verra cette gradation en étudiant la symptomatologie. Disons de suite que si l'enfant présente souvent uniquement des troubles

psychiques, c'est que ceux-ci apparaissent les premiers, comme l'a indiqué Legrand du Saulle ; et c'est tout simplement une question de degré.

Cela étant bien établi, on verra que l'hystérie n'est pas du tout exceptionnelle dans l'enfance avant la cinquième année, qu'elle y est même assez fréquente. Cette fréquence n'a rien de surprenant, car si l'on considère les conditions anatomo-physiologiques favorables à l'éclosion de la névrose, on peut constater que l'âge infantile les présente plus que tout autre.

Conditions anatomo-physiologiques de l'Hystérie.

Anatomiquement, il n'y a rien. Le temps et les découvertes modernes ont fait justice de la théorie plaçant, dans les organes génitaux, le point de départ de l'hystérie. Théorie inapplicable chez l'adulte, elle l'est bien davantage chez l'enfant. Il n'y a pas, non plus, de lésions d'aucun autre organe ; il s'agit d'un trouble de fonctionnement.

C'est donc par la physiologie qu'il faut chercher l'explication des phénomènes si étranges et si multiples qui font, pour Lasègue, de l'hystérie une maladie dont la définition n'a jamais été et ne sera jamais donnée. Il n'y a aucune altération pathologique, c'est donc dans le fonctionnement du grand moteur général, le système nerveux encéphalo-rachidien qu'il faut trouver la solution du problème.

Il y a, sur ce sujet, dans la belle thèse de M. Peugniez, des pages qui seraient à citer tout entières. Il est impossible de ne pas en extraire au moins ces lignes :

« Et d'abord qu'invoque-t-on, lorsqu'on veut expliquer le développement plus fréquent de l'hystérie chez la femme que chez l'homme ? L'examen maté-

riel des organes ne donne pas de différences. C'est dans l'analyse de l'état dynamique de la femme qu'on les rencontre. La sensibilité chez elle est bien plus vive que chez l'homme, et elle manque du degré de réaction nécessaire pour dominer ses impressions. Les sensations plus facilement excitées, plus vivement ressenties ont plus de retentissement dans toute l'économie que chez l'homme. « La femme, dit Georget, sent plus qu'elle ne pense, et tout porte coup sur elle. » Il est évident, dit Briquet, que la facilité de la femme à être impressionnée et que le mode particulier de réaction qu'excitent les impressions sont la mesure de la disposition à l'hystérie. La femme est faite pour sentir, et sentir c'est presque de l'hystérie.

Eh bien ! cette prédominance de la sensibilité chez la femme qui nous explique sa plus grande tendance que l'homme à l'hystérie, nous la retrouvons chez l'enfant. Et bien plus : ici, nous pouvons presque trouver une explication anatomique. Etmüller disait que les femmes étaient plus sujettes à l'hystérie parce qu'elles avaient un système nerveux plus tendre, plus délicat et plus faible. Cette hypothèse gracieuse n'est pas encore vérifiée pour la femme ; mais il est incontestable que, chez l'enfant, d'après la remarque de Briquet, l'appareil encéphalo-rachidien et ses dépendances ont une activité vitale excessive. De l'époque de la naissance à la puberté, l'encéphale quintuple de volume, les actions vitales s'exercent avec une énergie incroyable, les maladies inflamma-

toires et les affections convulsives y sont très communes ».

Et ensuite, M. Peugniez cherche « dans l'état dynamique de l'appareil encéphalo-rachidien chez l'enfant des indices expliquant jusqu'à un certain point la naissance de l'hystérie précoce. Au début de la vie, au moment où les divers appareils sensoriels permettent à l'enfant de se mettre en relation avec le monde extérieur, chaque impression venue du dehors est ressentie avec une intensité d'autant plus grande que l'habitude n'est pas encore venue émousser ce que la perception de l'impression a de trop vif. Tout est sensation pour l'enfant, et toutes les sensations sont chez lui d'autant plus vives qu'elles sont nouvelles. Si l'on ajoute à cette donnée, celle que nous invoquions plus haut, à savoir qu'à cette époque de la vie, l'appareil encéphalo-rachidien est encore imparfait, on comprendra combien doivent être vives ces sensations toujours nouvelles s'adressant à un système d'organes à peine formés et dépensant déjà une partie de son pouvoir dynamique à son perfectionnement anatomique. Car on sait combien sont différents des cerveaux d'adultes les cerveaux d'enfants nouveau-nés. Chez les derniers, tout un ordre de cellules de l'écorce cérébrale fait défaut. Ce n'est qu'avec l'âge, avec l'éducation de l'organe que ces cellules se forment peu à peu, et ces créations nouvelles exigent, à n'en pas douter, une dépense plus ou moins considérable de force. Dans un état d'éréthisme perpétuel, le système nerveux de l'en-

fant se trouve dans des conditions telles, que les causes extérieures vont l'influencer et le troubler plus facilement que celui de l'adulte. Ajoutez à cela que la raison manque encore chez lui pour contrebalancer cette disposition : aussi réagit-il avec une intensité hors de proportion avec les sensations perçues. Un rien va faire naître dans ce jeune cerveau les manifestations de la joie la plus intense ; le prétexte le plus futile, un caprice non satisfait le mettra dans la plus affreuse colère ; chez lui, tout sera l'objet du plus vif désir ».

On ne pouvait mieux faire ressortir l'excessive impressionnabilité de l'enfant l'exposant plus facilement aux influences extérieures qui déterminent l'apparition de l'hystérie. Je n'ai pas hésité à faire cette longue citation, parce que, si l'auteur de ces lignes a pu faire appel à ces considérations si justes, lui dont les jeunes malades ont tous plus de six à huit ans, à combien plus forte raison l'application en peut être faite aux enfants plus jeunes et chez lesquels s'opère la plus grande partie de cette évolution comprise entre la naissance et la puberté ? A quelle époque, si ce n'est au premier âge, à cet âge s'étendant de la naissance à la cinquième année, l'enfant se trouve-t-il le plus exactement dans ces conditions si bien décrites par M. Peugniez ? N'est-ce pas au début de la vie, au moment où le monde extérieur se découvre aux sens qui s'éveillent, au moment où commencent à s'exercer les organes de la vie de relation, en même temps que l'intelligence

paraît, que la mémoire se développe, que le langage articulé vient donner la mesure de l'évolution cérébrale, n'est-ce pas alors que la dépense dynamique est considérable; les sensations sont vives et non émoussées par l'habitude? C'est bien aussi à ce premier âge que s'appliquent les paroles de Whytt :

« Les enfants, dit-il, si on les compare avec les adultes, ont plus de sensibilité et de mobilité dans le système nerveux que ceux-ci. C'est cet état du cerveau et des nerfs des enfants, cette constitution si délicate et si faible. qui les rend aussi sujets aux convulsions occasionnées par des causes qui ne seraient pas capables de produire les mêmes effets chez les personnes qui seraient plus avancées en âge. Aussi les enfants peuvent-ils être sujets aux symptômes nerveux ou hystériques les plus violents. »

Vienne alors, à cette susceptibilité pour ainsi dire physiologique et commune à tous les jeunes enfants, se joindre chez quelques-uns une prédisposition spéciale due à l'hérédité ou à des causes débilitantes, le système nerveux de l'enfant sera tout prêt à perdre son équilibre fonctionnel ; et, sous l'influence immédiate d'une cause déterminante, une frayeur, par exemple, apparaîtra l'hystérie.

ETIOLOGIE

Ce qui vient d'être dit explique la division naturelle des causes de l'hystérie en deux groupes : causes prédisposantes et causes déterminantes.

Causes prédisposantes.

Age. — Laissant de côté les statistiques antérieures, il suffira de dire, d'après ce qui précède, que le jeune âge présente tout le degré possible d'impressionnabilité et de faiblesse du système nerveux, nécessaire à l'éclosion de la névrose, et qu'à ce point de vue, abstraction faite de toute cause occasionnelle, les autres époques de la vie lui cèdent le pas.

Sexe. — je ne puis, sur ce sujet, que confirmer les données intéressantes de la thèse de M[lle] Goldspiegel. « Le sexe joue un rôle important. Sur 272 enfants (de la statistique du docteur Clopatt), presque les deux tiers sont des filles, et les garçons ne forment qu'un tiers ; on remarque à peu près la même proportion chez les adultes hystériques. » Cette dernière affirmation semble pourtant un peu exagérée, et l'on peut

se demander si l'auteur ne va pas un peu loin dans le dessein de venger son sexe, jadis seul accusé de prédisposition à l'hystérie. Je serais plutôt de l'avis de M. Peugniez, résumant ainsi l'influence simultanée de l'âge et du sexe : « L'hystérie chez les petites filles est plus fréquente que chez les jeunes garçons, mais la proportion est moins forte en faveur de celles-ci qu'elle ne l'est si l'on compare entre eux les hystériques adultes de l'un et de l'autre sexe. » Ajoutons que plus on remonte vers les premières années de la vie, plus faible encore est la proportion des jeunes filles hystériques par rapport aux jeunes garçons atteints de la névrose. Cela tient à ce qu'au début de l'existence, la différence de sexe ne se fait que très peu sentir ; les conditions de vie sont les mêmes. Mais, peu à peu, par suite de l'éducation surtout, par suite aussi de l'évolution cérébrale, s'opérant différemment pour chaque sexe, à mesure qu'il marche vers sa destinée, l'inégalité s'accentue. La femme garde une sensibilité plus grande, qui, au point de vue qui nous occupe, a l'inconvénient de la rendre plus impressionnable aux chocs venant agir sur son système nerveux, et la laisse beaucoup plus que l'homme, susceptible de rester, de devenir ou de redevenir hystérique. La guérison de l'hystérie est, comme nous le verrons, très facile dans l'enfance ; mais chez les jeunes garçons, elle est surtout beaucoup moins menacée de récidive. Disons en passant que les auteurs s'accordent à reconnaître comme nulle l'influence de la menstruation sur la névrose.

C'est la conclusion de M. Greffier; c'est celle de M. Peugniez.

Hérédité. — C'est la grande cause, celle qui domine toutes les autres, celle qui existe presque toujours, et dont par conséquent il faut toujours rechercher l'existence possible, afin d'éclairer le diagnostic. Dès que l'on observera chez un enfant un trouble nerveux, inexplicable par le contre-coup d'aucune autre maladie, dès qu'il s'agira, par suite d'un accident purement névropathique, il faudra chercher dans les antécédents des parents, et à peu près toujours on trouvera une tare nerveuse chez ceux-ci. Et par une tare nerveuse, il faut entendre une maladie cérébrale quelconque. Car l'hystérique ne naît pas nécessairement de parents hystériques; le nervosisme peut se transformer en passant d'une génération à l'autre, le groupe des maladies du système nerveux formant, selon l'expression de M. Féré, une famille unie par les lois de l'hérédité. Cette hérédité est dite homologue quand l'affection transmise est la même; hétérologue, quand il s'agit d'une affection différente. L'hérédité nerveuse est donc très souvent hétérologue. Dans une de ses leçons du mardi, à la Salpêtrière, (*Polyclinique* du 6 décembre 1887), M. le professeur Charcot déclare que « les maladies nerveuses ne se transmettent presque jamais sous la même forme » et que « l'hérédité procède là par transformation ».

Toutefois, en ce qui concerne l'hystérie, la propor-

tion des parents atteints d'affection homologue est encore assez considérable. Comme le dit M. Déjérine, l'hystérie peut être considérée comme la plus héréditaire des névroses (1) ; et si l'on veut chercher quelles sont les maladies nerveuses les plus fréquentes chez les ascendants des jeunes hystériques, et quel rang méritent ces maladies dans leur influence sur la névrose des enfants, on trouve, d'après les statisques de Briquet : au premier rang, l'hystérie, puis l'épilepsie, l'aliénation mentale, l'alcoolisme, enfin les autres affections nerveuses dans des proportions moindres.

Peut-être (je devrais même dire : certainement) l'alcoolisme est-il destiné à prendre aujourd'hui une place plus importante dans cette classification. L'alcoolisme a fait du progrès depuis le temps de Briquet ; et le médecin et l'hygiéniste constatent avec effroi la marche ascendante de ce redoutable fléau. Non seulement ils voient grossir la foule de ces malheureux alcooliques s'empoisonnant eux-mêmes et marchant d'un pas certain vers la folie ; mais la génération sortie d'eux porte la tare originelle d'un système nerveux profondément altéré ; et l'hystérie, comme les autres affections cérébrales, trouve chez ces enfants un terrain tout préparé.

En recherchant l'hérédité nerveuse, il ne faut pas négliger le simple nervosisme, cette affection qu'on a distingué de l'hystérie, et qu'on a appelé la névro-

(1) Déjerine. *De l'Hérédité nerveuse*. Thèse d'Agrégation. Paris, 1886.

pathie ou la neurasthénie. Un père ou une mère, atteints de nervosisme, c'est-à-dire très impressionnables, mais que l'éducation et le concours d'autres circonstances auront préservés de l'hystérie, pourront parfaitement transmettre ce qu'on peut nommer la diathèse nerveuse, et, sinon la névrose elle-même, du moins l'aptitude à la contracter.

A côté du nervosisme, il faut ajouter l'arthritisme (rhumatisme et herpétisme). « L'arthritisme et la neuropathie, a dit M. le professeur Charcot, sont deux arbres communiquant par leurs racines et ayant des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est le même arbre » (1).

Enfin l'hérédité peut encore intervenir sous d'autres formes. Nous avons vu que l'hystérie sévit surtout chez l'enfant et la femme à cause d'une certaine débilité du système nerveux. Eh bien ! il faut dire d'une manière générale que toute maladie ayant exercé une influence débilitante considérable sur les parents, peut retentir sur le système encéphalo-rachidien des enfants. Je veux, par là, rappeler l'intervention possible et prouvée par diverses statistiques, des maladies et des excès des parents. La tuberculose, les excès de travail, les fièvres intermittentes, l'intoxication saturnine (Briquet) seraient capables d'influer sur le développement de l'hystérie.

(1) *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, année 1887, page 39.

Toutefois cette influence héréditaire des maladies et des excès des parents sur le développement de l'hystérie infantile, est bien moins prouvée que l'action des maladies et des excès personnels. Les maladies, chez les enfants. retentissent d'une manière considérable sur le système nerveux.

Mais, avant de quitter ce chapitre de l'hérédité sur lequel je me suis longuement arrêté parce qu'il est capital dans l'étiologie de l'hystérie, il importe d'ajouter que le mot « hérédité » doit être pris dans son sens le plus large. Il faut s'informer de la santé non seulement du père et de la mère, mais aussi des grands-parents paternels et maternels, des oncles, des tantes. Il faut scruter la consanguinité. Et alors, comme le dit M. le professeur Charcot, il est bien rare qu'on ne trouve quelque chose, et qu'on ne soit payé de sa peine.

Education. — C'est elle, après l'hérédité, qui exerce une influence prépondérante. Influence si considérable que, bien dirigée, l'éducation pourrait atténuer et rendre latents les effets de l'hérédité, sinon les supprimer absolument. Malheureusement, trop souvent, au lieu d'avoir ce résultat, l'éducation devient au contraire un facteur de plus de la débilité cérébrale. Et alors elle est, pour l'hystérie une cause adjuvante des plus certaines, et très souvent une cause déterminante.

Les parents, avons-nous dit, sont généralement des nerveux : c'est dire leur manque d'équilibre céré-

bral. Comment ces intelligences malades elles-mêmes pourraient-elles diriger convenablement l'éducation de leurs enfants ? Ces parents, selon la pittoresque expression de M. Ollivier, sont parfois moins raisonnables que leurs enfants. Tantôt ils les gâtent, ils en font des idoles devant lesquelles ils sont prêts à se mettre à deux genoux pour satisfaire le moindre de leurs caprices. Et l'enfant, accoutumé à voir céder à ses impatiences, à ses pleurs, à ses cris, les reproduit et les exagère à volonté. Il trépigne, s'excite, devient rageur à la moindre contrariété et ressent celle-ci d'autant plus vivement qu'on ne l'y avait pas accoutumé.

Tantôt c'est l'excès contraire : ces parents nerveux sont emportés ; ils grondent sans raison et sans mesure, ils frappent même leurs enfants ; et ceux-ci terrifiés tremblent, et leur cerveau, sous un choc hors de proportions avec sa force de résistance, perd encore son équilibre et réagit par ses diverses expansions.

La négligence des parents peut encore avoir les mêmes effets. En confiant leurs enfants à des personnes étrangères, sans les surveiller de près, ils les exposent aux mêmes dangers.

Il y a, dans l'éducation, bien d'autres accidents qui ont tous une influence déplorable : une alimentation défectueuse et mal entendue, les veilles prolongées, les châtiments hors de proportion avec la faute commise par légèreté et encore sans malice, les histoires terrifiantes racontées par des bonnes et même par les parents, la solitude dans un lieu obscur, la

déplorable habitude des parents dans les grandes villes de conduire les enfants aux théâtres, aux soirées de toutes sortes, où le système nerveux est surexcité et fatigué dans un temps qui devrait être consacré au sommeil réparateur de la nuit.

Voilà une foule de causes, et il en est bien d'autres dans une éducation mal comprise, qui déroutent l'intelligence de l'enfant, surmènent son cerveau et le mènent à cette perte d'équilibre qui est l'hystérie.

Certes, l'éducation de l'enfant est une chose difficile et délicate; mais combien plus difficile et plus délicate celle d'un enfant que l'hérédité prédispose à la névrose. Aussi un auteur a-t-il proposé que les enfants de parents hystériques soient separés de ceux-ci depuis la naissance.

Ce que nous venons de dire de l'éducation explique également l'influence marquée des villes sur le développement de l'hystérie; il se produit en effet, dans les agglomérations des grands centres, des causes de surmenage cérébral beaucoup plus nombreuses qu'à la campagne.

Causes déterminantes.

Elles peuvent aussi être appelées *occasionnelles*. Cette dernière dénomination a même l'avantage d'indiquer qu'elles ne déterminent ordinairement rien sans une prédisposition spéciale. Or cela est si vrai qu'elles font souvent défaut; quand elles intervien-

nent, elles sont, comme on l'a dit, la goutte d'eau qui fait déborder la coupe.

Enumérons rapidement, parmi ces causes et d'après Briquet, les mauvais traitements, la frayeur vive, l'ennui en pension, les contrariétés et le chagrin, les émotions morales, la colère. Briquet ajoute aussi que « les enfants atteints d'hystérie dans leur bas âge, le sont sous l'influence de prédispositions héréditaires très prononcées, et en quelque sorte par le seul fait de leur constitution impressionnable. »

Il faut citer encore les chutes, les accidents.

Enfin, la vue d'une attaque de nerfs est une cause des plus puissantes ; et l'on a vu nombre d'épidémies d'hystérie par imitation.

SYMPTOMATOLOGIE

On divise communément l'étude des symptômes de l'hystérie en groupant ces phénomènes de la façon suivante : hystérie sans attaque ou hystérie non convulsive, hystérie avec attaque ou hystérie convulsive, et accidents intermédiaires aux attaques. Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre pour affirmer qu'il n'y a pas deux formes de l'hystérie, qu'il s'agit seulement d'une question de degré, et que l'hystérie est une, cette classification a l'inconvénient d'impliquer plusieurs formes cliniques de la névrose, et je préfère classer les accidents d'après leur ordre habituel d'apparition. Il restera bien entendu que l'hystérie ne suit pas toujours cette marche absolue, qu'elle peut varier avec chaque individu, tels symptômes apparaissant dans certains cas avant tels autres, quelques-uns manquant totalement, et le début pouvant même exceptionnellement se faire par une attaque.

On peut classer les symptômes de l'hystérie, d'après leur ordre d'apparition, en : troubles psychiques, troubles digestifs, troubles respiratoires, troubles circulatoires, troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, et enfin l'attaque.

Troubles psychiques.

C'est sur eux que je m'étendrai le plus longuement. Ils sont généralement les premiers par lesquels se manifeste l'hystérie; ils peuvent exister seuls, non seulement chez l'enfant, mais persister seuls jusque dans l'âge adulte, et ils constituent essentiellement l'hystérie. M. le professeur Charcot le répète (1) : « Il faut prendre cette maladie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence. » Et, plus loin : « Il faut bien que l'on sache que l'hystérie est une maladie psychique absolue. » Ce sont ces troubles psychiques qui ont pourtant été le plus longtemps méconnus, et c'est ce qui a fait nier l'existence de l'hystérie chez les enfants en bas âge.

Les enfants, chez lesquels se présentent ces premières manifestations de l'hystérie, sont le plus souvent des enfants précoces : ils ont parlé et marché de bonne heure; les sentiments affectifs paraissaient très développés chez eux, l'intelligence était très vive. On leur apprend en effet tout ce que l'on veut; ils le retiennent d'autant mieux qu'ils se voient pour cela l'objet d'une vive admiration ; ils sont tout heureux d'être mis en scène; toutefois n'allez pas

(1) *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, année 1888. *Leçon du 21 février*, pages 205 et 208.

leur demander un effort continu, une étude régulière et suivie ; leur caractère est trop changeant et les rend incapables de la moindre application.

Mais ils excellent à observer les travers et les ridicules ; ils les reproduisent avec une exactitude surprenante. Ils sont moqueurs, ils rient pour des riens. Mais aussi, et parfois sans transition, ils se montrent maussades ; et, soit à propos de la moindre contrariété, soit même à propos de rien, ils tombent dans un état de tristesse inexplicable. Et alors plus on fait d'efforts pour les en tirer, plus ces enfants, voyant qu'ils se rendent intéressants, se font à cette déplorable habitude. Ce serait le moment pour des parents raisonnables de n'avoir pas l'air de remarquer ces vains caprices, la guérison pourrait en dépendre. Il est une chose certaine, c'est que dédaignées ainsi, ces tristesses inexpliquées se calment d'elles-mêmes. L'enfant passe bien vite du plus profond chagrin à l'exubérance la plus bruyante, et toujours de la même manière pour les causes les plus futiles.

A ce premier degré, les facultés intellectuelles sont encore intactes, elles sont plutôt exaltées. Ce qui domine, c'est le besoin de paraître, le besoin pour l'enfant de se voir admiré, écouté, servi. Il faut que l'on s'occupe de lui, qu'il soit l'objet d'une continuelle attention de la part de ceux qui l'entourent ; et pour cela, il met tout en œuvre ; mais il en résultera bientôt une perversion de ses facultés intellectuelles. L'enfant se mettra à mentir, et à mentir

avec persistance, il inventera des histoires de toutes pièces. « Les jeunes hystériques, dit M. Jules Simon, pratiquent volontiers le mensonge, et jouent d'instinct la comédie. » Ils vont jusqu'à simuler des maladies pour se rendre intéressants ; toutefois M. le professeur Charcot avertit de ne pas toujonrs croire à la simulation, lorsqu'il s'agit de maladies ; c'est très souvent l'hystérie elle-même qui existe et simule les autres affections. Il n'en est pas moins vrai que la simulation est un besoin de l'hystérique, et que cela peut le conduire à des mensonges d'une conséquence grave, pour le seul plaisir d'attirer l'attention. C'est encore ce besoin de paraître qui produit chez les petites filles et même les petits garçons une coquetterie excessive, une démarche compassée, des démonstrations excessives de tendresse ou de dédain. La même mobilité se manifeste du reste dans les affections de l'enfant. Il en arrive à repousser son père, sa mère, à ne plus leur obéir. Il se prend d'affection pour un étranger ; mais cette affection, passionnée au début, n'est souvent que très passagère et peut même se changer en la plus vive horreur. Parfois, ce n'est même plus une personne, c'est un animal inoffensif ou un objet inanimé qui sont l'objet de cette affection ou le plus souvent de cette horreur et d'un effroi injustifiés. Alors, pendant le sommeil, le rêve pourra ramener l'image de ces êtres effrayants, et il en résultera ces terreurs nocturnes dont il va bientôt être question.

« La versatilité la plus grande, dit M. Peugniez

préside à tous les sentiments affectifs de l'enfant hystérique; et comme à cet âge de la vie, ces sentiments ont toute leur intensité, n'ayant point encore été émoussés par l'expérience, leurs manifestations sont plus bruyantes et, s'ils sont troublés, il en résulte une mise en scène plus tapageuse. »

De plus, la volonté n'existe pas encore pour modérer ces exubérances. C'est pour cela que la volonté des parents devrait intervenir s'ils en étaient capables. Quant à celle de l'enfant, elle n'est encore que son caprice; caprice d'autant plus changeant qu'il n'a le plus souvent aucune raison d'être. Cela explique pourquoi ces bizarreries sont fugaces; si on les satisfait, l'enfant n'en est pas plus content; si on le contrarie, il peut en résulter la plus vive fureur; si on les dédaigne, l'enfant y persistera peut-être un instant; mais bientôt soit par oubli, soit par lassitude il passera à autre chose.

Il serait trop long d'entrer dans le détail de tout ce que peuvent inventer ces imaginations si fécondes ainsi détraquées. Ce qui précède suffit pour montrer comment se traduit, au point de vue psychique, la perte de l'équilibre cérébral chez le jeune enfant au début de l'hystérie. Il y a une exaltation, une déviation et finalement un abaissement des facultés supérieures, l'intelligence et la volonté. Trop faibles encore, mal dirigées très souvent, elles ont succombé sous l'assaut des facultés inférieures, les passions, ou (si le mot semble trop fort à propos de l'enfance) les instincts et les caprices.

Les accidents qui viennent d'être décrits peuvent varier d'intensité, et cet état mental exister seul pendant longtemps, sans donner lieu à des troubles graves ; aussi les parents ne concevront le plus souvent aucune alarme pour le moment. Ils diront, ce qui est juste du reste, qu'il faut faire la part de l'inconscience et de l'inexpérience de l'enfant, et que toutes ces excentricités s'expliquent très bien par la mobilité propre à son âge, et sans l'intervention d'aucune maladie. Cela est vrai ; toutefois un observateur impartial aurait déjà pu remarquer quelques nuances : « les enfants les mieux élevés deviennent terribles », dit M. le professeur Charcot, à propos de petits vicomtes. Néanmoins, à ce premier degré, le médecin sera rarement consulté ; il était bon pourtant d'établir que, dans l'ordre habituel d'apparition des accidents hystériques, ce sont ces troubles psychiques qui ouvrent la marche.

Mais voici que se manifestent des désordres mentaux plus graves : les terreurs nocturnes, les hallucinations, l'incontinence nocturne d'urine, le somnambulisme, le mutisme, le délire maniaque et les troubles de la mémoire. Ces derniers peuvent amener le phénomène de la double personnalité. Legrand du Saulle en cite un exemple emprunté à M. Azam, de Bordeaux : il s'agit d'un garçon âgé de 12 à 13 ans et qui présentait, dès l'âge de 5 ans, des accidents hystériques.

Des troubles qui viennent d'être mentionnés, les terreurs nocturnes sont un des plus fréquents. Elles

jouent en effet un rôle considérable dans la pathologie de l'enfance, et peuvent s'observer comme phénomène réflexe dans toutes les maladies et aussi, selon l'expression de M. Ollivier, « dans une foule d'états qu'on n'a même pas le droit d'appeler pathologiques ». West, Sydney Ringer, Soltmann, Debacker nous ont appris la multiplicité des causes qui peuvent les déterminer (1). Mais ce qui nous importe, c'est l'existence de ces terreurs comme symptômes de l'hystérie. M. Paris, dans sa thèse sur l'hystérie des petites filles, établit nettement la question : « Les terreurs nocturnes liées à des désordres intestinaux et indépendantes de toute affection nerveuse, ne sont pas très rares, il est vrai, chez les enfants : un enfant, par exemple, s'est couché bien portant en apparence, a profondément dormi quelques heures, puis tout à coup il se réveille en poussant un cri retentissant ; il est en proie à une terreur profonde. On l'éclaire, on le calme, puis peu à peu, en quelques minutes, la connaissance revient ; il se tranquillise, se rendort, tout est fini. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent chez la petite fille hystérique ; les cauchemars ont d'autres caractères, ils vont jusqu'à revêtir ceux de l'hallucination : l'enfant s'imagine voir des animaux généralement rouges, quelquefois un chat,

(1) M. le Dr Chaumier (de Tours), dans un travail objet d'un rapport récent de M. Ollivier, à l'Académie de Médecine, signale encore les tumeurs adénoïdes du pharynx, comme pouvant occasionner des terreurs nocturnes, par gêne de la circulation cérébrale. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 27 janvier 1891.)

quelquefois une mouche, quelquefois un scintillement d'étoile. Ces hallucinations se montrent aussi bien le jour que la nuit, dans l'état de veille comme dans l'état de sommeil. » C'est dans une des leçons cliniques de mon maître, M. le docteur Ollivier, que l'on trouve l'analyse la plus exacte de ce symptôme, les terreurs nocturnes, dans ses rapports avec l'hystérie. Il conclut ainsi : « J'ajoute que si ces fantômes optiques sont produits pendant le sommeil, c'est une affaire de circulation cérébrale et de constitution des éléments nerveux. Par suite d'une susceptibilité congénitale, ce qui serait pour des éléments bien constitués une incitation physiologique, devint pour eux une incitation morbide dans tous les cas. Il est naturel que l'enfant voie en songe le chien qu'il a rencontré ; ce qui est pathologique, c'est l'effroi qu'il lui cause. On peut, à la rigueur, considérer l'effroi comme un réflexe compliqué, une sorte d'exagération du mouvement de défense des grenouilles décapitées ; pour le vaincre ou l'atténuer, il faut l'intervention de l'agent qui lutte d'habitude contre les réflexes à savoir de la volonté. Elle est dans ces cas anormale et imparfaite, ce qui revient à dire que l'hérédité nerveuse se manifeste par la débilité progressive ; c'est là le principal facteur étiologique des frayeurs nocturnes chez les enfants. Si vous voulez donner un nom à cette débilité, dites que c'est une forme larvée de l'hystérie et 99 fois sur 100 vous aurez raison. »

Ces frayeurs nocturnes sont en effet la reproduc-

tion, dans le rêve, de cette aversion, de cet effroi injustifié que l'enfant hystérique montre à l'état de veille pour des animaux ou des objets inoffensifs. Selon l'expression de M. Ollivier, c'est l'effroi puéril non justifié qui est le phénomène morbide ; c'est lui qui fait de ces terreurs nocturnes un des symptômes de la névrose.

J'insiste un peu sur ce point, car dans l'hystérie du premier âge, les terreurs nocturnes constituent un des troubles psychiques les plus saisissants, et elles sont, pour ainsi dire, spéciales à cette époque de la vie. On les observe, dit Mlle Goldspiegel, le plus fréquemment chez les enfants de 2 à 6 ans. Les observations citées dans la leçon ci-dessus mentionnée de M. Ollivier, portent sur des enfants de cet âge. Les cas si intéressants de MM. Bourneville, Ollier, Bonnaire et Dange (*Progrès médical* 1880, p. 949-966 ; 1882, p. 645-648 ; et 1883) relatent les terreurs nocturnes parmi les symptômes présentés par leurs jeunes hystéro-épileptiques, avant la cinquième année. Mlle Goldspiegel fait remarquer que les auteurs anglais et allemands ont fait une forme nosographique de ce syndrome hystérique. L'auteur allemand, Otto Soltmann, les explique par la disposition névropathique. Et il cite les cas de deux enfants d'un officier, âgés l'un de 3 ans, l'autre de 5 ans. « Les attaques se répétaient tous les huit jours, régulièrement. Le père souffrait de la migraine la mère était hystérique ; elle avait allaité elle-même ses deux enfants qui étaient très anémiques. Les

faits se présentent ainsi dans la majorité des cas. »

Le même auteur Soltmann donne de ces terreurs nocturnes, *pavor nocturnus infantium*, la théorie suivante : il s'agit d'une névrose cérébrale, d'une hyperesthésie cérébrale du nerf optique, d'une irritation spontanée des centres visuels intracérébraux, se manifestant selon les lois de l'excentricité à la périphérie du champ visuel, et évoquant ainsi des images semblables à celles que produisent à l'état de veille les excitations lumineuses venues du dehors. Cette explication est la meilleure qui ait encore été donnée : elle a l'avantage de s'appliquer aussi aux hallucinations à l'état de veille, hallucinations qui se montrent aussi dans l'hystérie de l'enfance.

Ce qui vient d'être dit pour le nerf optique est vrai aussi pour le nerf acoustique. L'ouïe fournit aussi aux enfants le sujet de terreurs nocturnes et d'hallucinations.

Du reste, il y a bien d'autres troubles du sommeil, parmi lesquels je citerai l'incontinence nocturne d'urines et le somnambulisme nocturne.

L'incontinence nocturne d'urines est un fait de l'ordre des hallucinations. Les enfants qui présentent ce symptôme, sont en effet parvenus à un âge suffisant pour ne plus se souiller dans l'accomplissement des besoins naturels. On dit qu'ils sont « propres ». Dans le jour, quand ils sont réveillés, ils n'urinent plus sous eux. Mais c'est dans le sommeil que cet accident leur arrive ; et, selon l'expression de J.-L. Petit, ils rêvent uriner dans un pot de

chambre, contre un mur ou autres lieux. C'est donc le caractère nocturne, hallucinatoire de cet accident, et sa repétition qui en font un phénomène morbide. Parrot et M. Debacker considèrent en effet ce symptôme comme analogue aux terreurs nocturnes ; mais M. Debacker, comme beaucoup d'auteurs, regarde ces deux sortes d'accidents comme spéciaux à l'épilepsie dans les cas où ils sont de nature névropathique. Cette opinion tient sans doute au caractère nocturne de ces accidents ; car l'on sait que les crises convulsives nocturnes sont le plus souvent des crises épileptiques. Mais cette loi n'est pas absolue. Pour ce qui est des terreurs nocturnes, les autorités ne nous ont pas manqué pour etablir que, dans un grand nombre de cas, elles relevaient de l'hystérie. On trouvera plus loin plusieurs observations où cette relation est bien nette. Il en est de même de l'incontinence nocturne d'urine ; cela s'explique, puisque c'est un fait du même ordre, une hallucination ; aussi cette énurésie est mentionnée aujourd'hui, par tous les auteurs comme un des prodromes possibles de l'hystérie. Or, c'est un accident assez fréquent, et aussi à peu près spécial à l'enfance. On en trouvera plus loin quelques cas, où l'intervention de l'hystérie ne fait aucun doute ; et l'on en pourra conclure que, dans la symptomatologie de la névrose au-dessous de la cinquième année, l'énurésie tient une place notable.

Toujours dans le même ordre d'idée, il faut citer le somnambulisme nocturne, ce trouble mental n'est

pas, non plus extrêmement rare chez les jeunes enfants. Le jeune malade quitte son lit, au grand effroi de ses parents, et marche droit à un but déterminé dont on ne peut le détourner que par le réveil et le rappel à la réalité. Mlle Goldspiegel en cite un cas observé dans le service de M. le professeur Charcot, qui en faisait bien un phénomène hystérique. J'en donne plus loin une observation dans laquelle le début a eu lieu à l'âge de 4 ans, chez un petit garçon, présentant plusieurs autres symptômes de la névrose. Plusieurs des observations d'enfants hystériques, citées dans les travaux faits sur ce sujet, mentionnent également le somnambulisme nocturne parmi les accidents que présentait le jeune malade dans ses premières années.

Tous les désordres mentaux qui viennent d'être étudiés, peuvent exister seuls et sans aucun désordre somatique. « Souvent, dit Mlle Goldspiegel, on ne voit ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, et cependant l'enfant est hystérique. Il n'a pas d'attaques, ses parents ne le considèrent pas comme malade, mais ils le trouvent seulement bizarre et s'étonnent qu'il ne les comprenne pas. Dans ces conditions l'enfant se met très facilement en colère ; il bat ses frères et ses sœurs, puis subitement devient doux, tendre et embrasse ceux qu'il a battus. »

Dans sa thèse sur l'hystérie des petites filles, M. Paris avait déjà dit de même, à propos des troubles psychiques : « Chez la petite fille qui n'a pas eu

d'attaque, ils sont prédominants. Dans les livres ils sont parfois indiqués comme les prodromes de l'hystérie; c'est à tort, ces phénomènes dits prodromiques n'étant que des effets de la maladie confirmée. Par le seul fait de leur existence, l'enfant est hystérique, qu'elle ait eu ou qu'elle n'ait jamais eu de convulsion; elle sent, elle réagit comme une hystérique, et demeure exposée à tous les accidents que l'on observe dans l'intervalle des attaques de l'hystérie convulsive. Cela est si vrai qu'on voit des jeunes filles n'ayant jamais eu d'attaque être en proie aux désordres de la motilité et de la sensibilité. »

Aussi M. Paris dit-il, dans ses conclusions, que l'hystérie dans l'enfance est méconnue probablement parce que, dans ses formes les plus simples, elle est réduite aux troubles psychiques et digestifs.

Les troubles digestifs sont, en effet, avec les troubles intellectuels, ceux qui se manifestent les premiers chez le jeune enfant hystérique; et nous allons arriver à leur étude. Mais avant de quitter les troubles mentaux, auxquels se borne très souvent l'hystérie du premier âge, je tiens à citer encore ces paroles de M. le professeur Charcot, à propos du jeune hystérique qui fait l'objet de sa leçon du 21 février 1887 :

« Il est très curieux que dans les formes particulièrement mentales, les stigmates n'apparaissent pas. Ce n'est pas que cela ne puisse se rencontrer et je suis convaincu qu'au premier jour on trouvera un accès délirant avec les stigmates. Eh bien! cet en-

fant, pas plus que les autres petits garçons que j'ai soignés, n'a pas de rétrécissement du champ visuel, d'anesthésie, il n'a comme caractères vulgaires de l'hystérie, que les suffocations, les accès, l'arc de cercle; c'est déjà énorme, et cela suffit et au delà, mais il faut bien vous représenter qu'il y a de ces jeunes malades chez lesquels l'arc de cercle même n'existe pas. Par conséquent, c'est en se fondant sur diverses circonstances du cas qu'on fait le pronostic, ce n'est pas sur la présence des stigmates seuls. »

Il est donc bien établi que les désordres psychiques peuvent être les seules manifestations de l'hystérie. C'est ce qui arrive surtout dans le jeune âge : voilà pourquoi je m'y suis arrêté longuement; je serai plus bref dans la description des autres symptômes.

Troubles digestifs.

Je n'en ferai qu'une énumération rapide, la description n'en est pas nouvelle. L'appétit diminue le plus souvent, et peut disparaître jusqu'à l'anorexie absolue. Parfois, pourtant, cet appétit augmente et peut devenir de la boulimie. Les goûts sont capricieux, bizarres, dépravés quelquefois. Les repas sont suivis de malaises, d'étouffements, de renvois, de vomissements. Il peut y avoir des hématémèses.

Le petit malade a des borborygmes, des douleurs dans l'estomac, qui sont parfois la cause de son anorexie; l'enfant craint de manger. La sensation

éprouvée est fréquemment celle d'un corps arrondi, d'où le nom de boule hystérique.

Il y a parfois des hallucinations viscérales ; l'enfant croit avoir des « bêtes » dans le ventre. Signalons encore la dysphagie, l'hydrophobie, le spasme de l'œsophage, le ballonnement du ventre, par parésie intestinale et formation de gaz derrière les matières fécales stationnaires.

La constipation est très fréquente.

Troubles respiratoires.

Ils sont encore des plus fréquents. Il faut citer la dyspnée, le hoquet, le bâillement, le rire convulsif, les troubles vocaux divers, l'asthme, la toux hystérique, si bien décrite par Sydenham, Lasègue, etc., et sur laquelle M. Ollivier a fait une très intéressante leçon. (*Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*, 1889, page 203.)

Troubles circulatoires.

L'enfant hystérique accuse fréquemment des battements de cœur, des palpitations, de l'angoisse précordiale.

Si on l'examine, on constate des battements irréguliers, fréquents, violents, soulevant la poitrine.

On observe fréquemment de la rougeur et de la pâleur des téguments, se produisant tout à coup et disparaissant de même.

Il y a parfois des éruptions subites, accompagnées d'une vive démangeaison. Elles se produisent sans prodromes, disparaissent subitement et reparaissent de même. C'est surtout à M. Ollivier que revient l'honneur d'avoir établi que « la prédisposition la plus fréquente et la plus effective *à ces urticaires* est causée par l'hystérie ». (*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1889, p. 222.) J'en cite plus loin deux observations.

Troubles de la nutrition et troubles secrétoires.

Les enfants hystériques sont le plus souvent chétifs ; les maladies antérieures, la croissance, la mauvaise alimentation, peuvent contribuer à expliquer cet état. Mais il se passe des phénomènes plus intimes, des troubles trophiques que M. le professeur Charcot a décrits avec soin (Voir le *Progrès médical* de 1890), et qui ont fait le sujet d'une thèse intéressante de M. Athanasio. Ces troubles se caractérisent essentiellement par un ralentissement de la nutrition, une diminution dans les échanges nutritifs. Ils retentissent sur les sécrétions, et notamment sur la sécrétion urinaire. — Les urines sont plus abondantes après les crises, ou les accès de terreurs nocturnes, et bien moins riches en produits de désassimilation

Troubles de la sensibilité.

Ils peuvent être de deux sortes : tantôt la sensibilité est diminuée plus ou moins, sur une étendue plus

ou moins grande des téguments et des muqueuses, et il y a anesthésie ; tantôt, au contraire, il y a exagération de la sensibilité, hyperesthésie.

De ces troubles, l'anesthésie est le plus intéressant, celui qui joue le rôle le plus important dans la symptomatologie de l'hystérie. Malheureusement, il n'est pas des plus fréquents dans le bas âge ; et, même s'il existait, il serait très difficile de le constater, à moins que l'exploration ne tombe d'emblée sur une zone anesthésiée ; sinon l'enfant crie, pleure, et l'on ne peut plus rien en obtenir. Je dois avouer n'avoir jamais observé d'anesthésie hystérique chez des enfants au dessous de cinq ans, et les observations citées plus loin, étant muettes sur ce point, je ne m'y arrêterai pas plus longuement.

J'en dois dire autant des troubles de la vue, achromatopsie, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel. Ils pourront exister, on ne les constatera que très rarement. Du reste, la description de ces troubles a été faite plusieurs fois, et il n'y a rien à y ajouter : Je citerai notamment l'étude approfondie qu'en a faite M. Peugniez dans sa thèse si intéressante sur les maladies des enfants.

Les hyperesthésies, ou points douloureux s'observent plus souvent chez les jeunes enfants. J'ai déjà parlé de la gastralgie, de la douleur précordiale. Il faut y ajouter : les névralgies intercostales, la céphalalgie, le clou hystérique, enfin des douleurs en des points multiples variant suivant chaque malade : arthralgies, dermalgie, myalgie, entéralgie, etc.

Toutefois on ne constatera que rarement les points dits hystérogènes, en tant que pouvant déterminer l'aura et la crise hystérique. L'éducation n'en est pas faite encore. Leur existence sera donc exceptionnelle; je ne m'y arrêterai pas, leur description étant du reste des plus connnes.

Mais, parmi les troubles de la sensibilité, il en est un que l'on ne mentionne pas très souvent, et que M. Ollivier a montré comme relevant fréquemment de l'hystérie; je veux parler des céphalalgies de l'enfance, qu'on désigne fréquemment sous le nom de céphalalgies de croissance. M. Ollivier a démontré que souvent la croissance ne suffisait pas à les expliquer, mais, que leur juxtaposition avec d'autres symptômes névropathiques en attestait nettement la nature hystérique (1).

Troubles de la Motilité.

Ce sont des spasmes, des contractures, des paralysies.

On observe des spasmes du pharynx et de l'œsophage, produisant, d'après M. Peugniez, la sensation de boule hystérique; des spasmes de l'estomac amenant le vomissement; des spasmes de l'intestin, produisant les borborygmes, la sensation « de bêtes » dans le ventre; des spasmes de l'appareil vocal et

(1) Aug. Ollivier. *Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*, 1889, p. 211.

respiratoire, produisant les cris d'animaux, les aboiements, la toux hystérique, l'asthme, la suffocation; enfin des spasmes de muscles divers, d'où ces tics que l'on observe quelquefois.

Les contractures peuvent siéger en des points divers. Elles se produisent soit par le fait d'une attaque, l'enfant se réveillant dans cet état, soit subitement par le fait d'une frayeur ou d'un traumatisme.

Les contractures d'un groupe de muscles, de ceux notamment qui agissent synergiquement sur une articulation, ont souvent pu donner le change et faire croire à une arthrite. Et il faut ajouter, de plus. qu'il y a de véritables arthrites hystériques, bien différentes de ces fausses arthrites par contracture; d'où quelquefois une grande difficulté pour le diagnostic.

Sous le nom de *paralysies*, il faut comprendre tous les troubles divers qui s'y rapportent: hémiplégies, paraplégies, monoplégies, aphonie, etc. La paraplégie a été signalée comme la plus fréquente chez les enfants.

Ces paralysies hystériques se distinguent bien nettement des paralysies organiques par les caractères suivants: anesthésie cutanée de tout le membre paralysé jusqu'à sa racine physiologique, selon l'expression de M. Charcot; abolition du sens musculaire sur ce membre; pas de paralysie des sphincters, ni de paralysie faciale (dans l'hémiplégie hys-

térique) : il peut y avoir, ce qui est différent, du spasme glosso-labié.

La paralysie peut atteindre les muscles de la vie organique, notamment ceux de l'intestin dont la tonicité disparaît absolument. De là, l'accumulation de gaz produisant le tympanisme, formant ces boules gazeuses, énormes parfois, s'il s'agit du gros intestin pouvant amener des erreurs de diagnostic.

On peut rattacher aussi aux troubles de la motilité la chorée rythmée, qui est également une manifestation de l'hystérie, et à laquelle seule M. le professeur Charcot voudrait réserver le nom de chorée (1), Sydenham et surtout Trousseau ayant confondu sous ce nom une foule d'affections différentes, car elles ne sont pas rythmées.

(1) *Polycliniques du mardi à la Salpêtrière. Leçon du 6 déc. 1887.*

Attaque hystérique.

J'arrive enfin au plus bruyant des symptômes, l'attaque. La description en a été trop bien donnée pour qu'il soit possible d'y ajouter quelque chose. Toutefois, et même sans avoir la prétention de faire un travail complet sur l'hystérie infantile, il est impossible de passer sans donner un résumé des phénomènes de la crise hystérique.

Celle-ci peut éclater brusquement, mais le fait est rare. Le plus souvent on observe auparavant une accentuation des troubles décrits. L'enfant devient plus triste, plus irritable, plus bizarre. Il a des céphalalgies plus intenses ; son sommeil est plus agité. Enfin, un jour, sous une influence quelconque, nulle parfois, mais le plus souvent sous le coup d'une vive émotion ou d'une contrariété, une attaque se déclare.

Brusquement apparaissent les phénomènes caractéristiques de l'*aura*. L'*aura* consiste en une sensation douloureuse, le plus souvent sous forme de constriction, partant soit de l'ovaire (aura ovarienne), soit du testicule (aura testiculaire), soit de la tête (aura céphalique), soit de l'œil (aura visuel), etc. Car

la région varie avec chaque malade. Quelquefois, l'aura manque complètement.

Cette sensation, venait, je suppose, des organes génitaux, remonte dans le ventre, puis dans la poitrine. Le malade a la sensation d'une boule (boule hystérique) qui l'oppresse et remonte jusqu'au larynx, où elle provoque un sentiment d'angoisse et de suffocation. Alors les battements cardiaques se précipitent, l'enfant est haletant, il sent ses tempes battre avec violence, ses yeux se voiler : il pousse un cri, perd connaissance et l'attaque commence.

Depuis les travaux de MM. Charcot et Richer, il est classique de diviser l'attaque en quatre périodes. Les voici décrites succinctement :

1° *Période épileptoïde*. — Elle ressemble absolument à l'attaque d'épilepsie, d'où le nom d'hystéro-épilepsie donné aussi à l'hystérie convulsive. Tous les muscles sont en état de contraction tonique : la tête est renversée en arrière, les bras sont étendus le long du corps, les poings fermés, les jambes raidies, les pieds en *varus équin*. La face pâle d'abord se congestionne ensuite fortement, les yeux sont convulsés en haut, les dents grincent, l'écume paraît aux lèvres ; le cou se gonfle (ce dernier phénomène n'a pas lieu dans l'épilepsie). C'est là une première phase dite *tonique* ; il s'en produit bientôt une deuxième. Tout à coup, sans transition, les muscles de la face, du tronc, des membres (quelquefois d'une seule moitié du corps) sont agités de secousses spas-

modiques à petites oscillations qui deviennent de plus en plus fortes. La face devient hideuse, les lèvres sont sans cesse en mouvement, l'air y passe en sifflant; la respiration est saccadée : c'est la phase *clownique.* Puis les mouvements convulsifs cessent, les membres raidis retrouvent leur souplesse, la respiration reprend sa régularité quoiqu'un peu bruyante; la résolution est générale, sauf quelquefois la persistance de contracture d'un muscle ou d'un groupe de muscles. L'attitude est celle du repos; on croirait que tout est fini : ce n'est que la fin de la première période, période épileptique, à laquelle va succéder celle des grands mouvements.

2° *Période des contorsions et grands mouvements.* — Soudain, l'enfant sort du calme dans lequel il était retombé. Il se soulève brusquement; puis, s'appuyant du sommet de la tête et de la pointe des pieds, le tronc projeté en avant et formant une concavité postérieure en arc de cercle, il se raidit et d'une violente détente, se projette en haut, pour retomber et recommencer de même. Ces grands mouvements peuvent être des plus bizarres; ils prennent parfois la forme dite des *salutations :* les jambes sont tranquilles, et le malade assis fléchit et relève, plusieurs fois, le tronc et la tête, mais d'une manière régulière et rytbmée. Il n'en est pas toujours ainsi; et parfois ce sont des convulsions et des contorsions désordonnées; les membres sont projetés de toutes parts, et le malade se roule en proie à des

hallucinations effrayantes, poussant des cris aigus, mais inarticulés.

3° *Période des attitudes passionnelles.* — Sous l'influence des hallucinations auxquelles il est en proie, les malades prennent des attitudes exprimant leur terreur ou leur joie. Ils rient ou pleurent, tendent les bras ou repoussent. « Cette période, dit M. Peugniez, nous a paru celle qui manquait le plus souvent dans les attaques d'hystérie infantile. Elle existe néanmoins dans les cas complets. » Et il en cite un exemple. Dans sa polyclinique du mardi, du 21 février 1888, M. le professeur Charcot parle aussi de faits, où la troisième période a même une grande prédominance. Mais, d'une manière générale et surtout dans le tout jeune âge, la phase des attitudes passionnelles manque très souvent ou présente une intensité bien moins marquée, ce qui tient à l'inhabileté de l'enfant à exprimer des passions dont il n'a guère l'expérience.

4° *Période du délire.* — L'enfant semble revenir à lui ; il ouvre les yeux, regarde et paraît reconnaître son entourage ; mais son regard s'est fixé soit sur une personne ou un objet présents, soit sur un être imaginaire. Il paraît en ressentir une joie ou, le plus souvent, une horreur ou une profonde tristesse ; et alors en proie à son idée fixe, il exhale des paroles sans suite, tristes ou gaies, selon son délire.

Enfin, peu à peu, l'enfant se calme, et tout est fini ;

l'attaque peut avoir duré un quart d'heure, une demi-heure, rarement davantage.

On a observé quelquefois, du moins chez l'adulte, des phénomènes de léthargie, de catalepsie et de somnambulisme qui viennent quelquefois compliquer l'attaque Il suffit d'en rappeler ici la possibilité. Quant aux quatre périodes décrites ci-dessus, elles constituent essentiellement l'attaque de la grande hystérie. On a aussi donné à cette attaque le nom de crise hystéro-épileptique qui n'implique pas la coexistence, possible il est vrai, des deux névroses sur le même sujet, mais qui vient de la première période, dite épileptoïde, rapprochant par similitude l'hystérie de l'épilepsie.

Ce rapprochement peut être beaucoup plus sensible, quand la première période est très prolongée au dépens des autres, ou même existe seule, ce qui est rare, il est vrai.

Il ne faudrait pas croire, en effet, que toutes les périodes présentent la même durée dans tous les cas. Dans la courte description donnée, il n'a été question que des phénomènes les plus habituels et de l'attaque typique ; mais tout peut varier d'un sujet à un autre. Si bien que par des transitions insensibles, on arrive à une forme appelée la petite hystérie, de même nature que la grande, mais dans laquelle la distinction des périodes est plus difficile, par suite de la diminution et même de la disparition d'une ou deux d'entre elles.

J'ai déjà dit que la première existe rarement

seule; il en est de même de la quatrième: et dès qu'il existe en même temps une des deux autres, aucun doute n'est possible. On trouvera plus loin quelques observations de crises nerveuses, dont la nature hystérique semble incontestable.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur la symptomatologie de l'hystérie; j'ai passé rapidement sur quelques parties qui ne me prêtaient qu'à des redites. J'ai voulu insister particulièrement sur la nature psychique et les troubles mentaux de la névrose. Voici maintenant un certain nombre d'observations d'enfants au dessous de cinq ans qui présentent les manifestations décrites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Terreurs nocturnes ; Convulsions ; Frayeurs inexpliquées en plein jour ; Grande mobilité de caractère.

Albert L..., 2 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — La mère, âgée de 27 ans, est bien portante, ne paraît pas nerveuse, mais a eu plusienrs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Le grand-père maternel est mort d'une maladie de cœur. La grand'mère était rhumatisante.

Le père a 37 ans ; il est bien portant, sobre, paraît-il, et pas nerveux. On ne peut rien savoir de plus sur sa famille.

Antécédents personnels. — Le petit malade est fils unique, et, de ce fait, a été un peu gâté. Venu à terme, il a été élevé au sein et a été bien portant jusqu'au moment de la dentition, vers l'âge d'nn an. Alors l'éruption des premières dents fut accompagnée de convulsions, et c'est à ces accidents que remontent tous les troubles que l'enfant présente. Le médecin, appelé au moment de ces convulsions, fit appliquer des sinapismes aux jambes et, quelques heures après, l'enfant se réveilla en criant et en disant « qu'il avait des bêtes qui lui grimpaient dans les jambes et le dévorsient ».

Depuis lors, assez souvent, l'enfant se réveille la nuit, en poussant des cris perçanta et croyant voir des animaux qui le

dévorent. Il se lève sur son lit et, malgré la lampe allumée, il ne reconnait ni son père ni sa mère.

La dernière de ces crises a eu lieu, il y a cinq ou six jours; l'enfant s'était couché à huit heures du soir et a eu l'attaque vers minuit. Il a poussé des cris jusqu'à une heure et demie du matin, et ensuite il est resté éveillé jusqu'à six heures, ne voulant pas que ses parents s'éloignent.

De plus, pendant la journée, l'enfant s'effraye facilement d'un chien, d'un bruit léger, même de son ombre, dit la mère.

Il parait pourtant très intelligent; l'œil est vif, il parle et marche depuis longtemps; cependant il est chétif et un peu pâle. On ne lui trouve pas d'autres symptômes morbides à l'examen immédiat. Pourtant, au dire de la mère, l'enfant présente bien des bizarreries de caractère et on évite de le contrarier; puis l'appétit est aussi très capricieux, mais on ne constate pas de troubles digestifs proprement dits. Il n'y a pas d'asymétrie faciale.

M. le docteur Ollivier incrimine l'hystérie, par transformation de la diathèse arthritique venant du côté maternel et institue le traitement.

L'enfant n'a pas été ramené.

OBSERVATION II (Inédite).

Terreurs nocturnes; Grande motivité; Vivacité intellectuelle, colères violentes, sauvagerie excessive; Etouffements.

Jeanne T..., 23 mois,

Antécédents héréditaires. — Le père a 39 ans. Il est d'un caractère nerveux et emporté.

La mère, âgée de 24 ans, l'est davantage encore; elle a des

palpitations de cœur fréquentes et la sensation de boule, mais n'a jamais eu d'attaque.

Le grand-père maternel était également très nerveux, mais sans crises de nerfs.

Antécédents personnels. — L'enfant est venu à terme et a été élevée au sein maternel. Elle tète encore, du reste, tout en prenant de la nourritnre ordinaire depuis l'âge de 15 mois.

La dentition a commencé vers 10 mois, la marche vers 13 mois. Pas de convulsions.

L'enfant a toujours fait preuve d'une grande vivacité : elle est volontaire ; et, pour le moindre caprice non satisfait, elle se met dans des colères très violentes, frappe sa mère qui la tient dans ses bras, grince des dents et mord.

Depuis quelque temps, avec quelqne intervalle au début, mais presque toutes les nuits maintenant, elle se réveille subitement en criant ; « Maman ! » Elle a les yeux grand ouverts, et hagards.

Pas d'autres troubles, si ce n'est des étouffements au moment de ses violentes colères.

A l'examen immédiat, rien d'anormal : c'est une enfant maussade, que l'approche de tout étranger semble effrayer et exciter à plenrer. Pas d'asymétrie de la face. Tout au plus, un peu de développement des bosses pariétales. Regard intelligent et vif.

OBSERVATION III (Inédite).

Multiplicité des symptômes nerveux ; Terreurs nocturnes ; Enurésie ; Mobilité et irritabilité du caractère.

Jules L..., a des antécédents héréditaires très chargés.

Antécédents du côté du père. — Le grand'père est mort alcoolique, à 50 ans, dans un accès de delirium tremens ; la

grand'mère, à 40 ans, d'un cancer à l'estomac. Le père, âgé de 33 ans, est un homme maigre, toussant souvent, ayant eu il y a 4 ans une affection pulmonaire aiguë accompagnée d'hémoptysie. Depuis lors il est très sensible au froid; un peu nerveux, pas alcoolique.

Antécédents du côté de la mère. — Le grand'père, mort « de la poitrine » à 36 ans, était très vif. La grand'mère vit encore; elle est âgée de 63 ans, bien portante; mais c'est une femme très nerveuse, très vive, elle n'a pas eu d'attaque. La mère, âgée de 33 ans est très nerveuse aussi, très émotive; elle a des étouffements, et la sensation de boule. Elle tousse beaucoup. Une de ses sœurs est morte de méningite; un de ses frères, de laryngite tuberculeuse à 28 ans.

Consanguinité. — Les parents de notre petit malade ont eu trois autres enfants, tous morts de méningite : une fille à 3 ans, un garçon à 4 mois, et un garçon à 8 mois.

Antécédents personnels. — Notre malade est né à terme; il a été élevé au sein jusqu'à 15 mois, et n'a pris, jusqu'à cet âge, que du lait pour suppléer à l'insuffisance de l'allaitement.

Dentition assez facile. Pas de convulsions.

Fièvre muqueuse à 2 ans, ayant duré un mois à six semaines. Pas de fièvres éruptives.

Sommeil toujours très agité, et troublé par des cauchemars.

M. le docteur Ollivier, qui interroge la mère devant nous, dicte textuellement : Terreurs nocturnes presque (1) depuis la naissance, moins fréquentes maintenant. L'enfant, tout

(1) Ce mot *presque* doit être expliqué. C'est que l'enfant a aujourd'hui 11 ans 1/2, et qu'il est difficile de préciser la date exacte des débuts. Toutefois, ils sont bien antérieurs à l'âge de 5 ans, d'après le texte même de l'observation, et rentrent dans le cadre de ce travail.

jeune, avait des grincements de dents, des céphalalgies fréquentes qui ont continué jusqu'à ce jour. Le malade s'en plaint maintenant d'une façon à peu près continne, surtout le jour et le soir au moment du coucher. Leur siége est dans la région frontale sns-orbitraire.

L'enfant a présenté une incontinence d'urine continuelle depuis sa naissance. Il n'a jamais été propre que pendant la journée. Toutefois l'incontinence est intermittente depuis dix-huit mois.

C'est un petit garçon, excessivement remuant. Il ne peut rester en place; il sautille sans cesse, bondit, casse et brise tout autour de lui.

Il est aussi exubérant dans ses paroles, ses cris, ses chants, que dans ses actes. La mère ne peut s'en faire écouter; quand elle veut imposer silence, l'enfant répond par des « singeries » ou des pleurs. Il n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Il a aujourd'hui 11 ans 1/2 et va à l'école ; mais il y est très mal noté, il est d'une dissipation excessive ; et pourtant il apprend tout ce qu'il veut.

Le crâne est bien conformé. La mère a constaté la persistance de la fontanelle antérieure jusqu'à l'âge de 2 ans.

Il est très rageur; on évite de le contrarier.

Il se plaint aussi de douleurs intercostales dans le côté gauche. On ne trouve rien à l'auscultation des poumons.

Rien au cœur. Rien aux antres organes.

L'enfant est un petit garçon, maigre, au regard vif, à la physionomie mobile, souriant au récit et à l'interrogatoire de la mère ou regardant de côté et d'autre. Il paraît plutôt chétif.

On lui donne de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, et dn phosphate de chaux, puis des donches.

OBSERVATION IV (Inédite).

Terreurs nocturnes ; Vivacité intellectuelle ; Mélancolie ; Perte d'appétit.

François G.., est amené le 20 mars 1890, à la consultation du docteur Ollivier. Il a 5 ans 1/2 ; mais les débuts de ses accidents sont déjà anciens.

Son père, mort tuberculeux, était d'un caractère nerveux, violent.

La mère et la grand'mère maternelle ont eu toutes deux des attaques bien nettes d'hystérie convulsive.

Quant à l'enfant, il est toujours souffrant depuis sa naissance, dit la mère. Il a toujours été très chétif. Son sommeil est habituellement agité, mais, de plus, depuis près d'un an, il a des terreurs nocturnes répétées. Il est aussi très peureux dans la journée et s'effraie pour des riens. Il a de plus des moments de mélancolie inexplicable, mais l'intelligence paraît vive, et la mémoire serait prodigieuse.

Inquiète de voir son fils se plaindre sans cesse, et pleurer si facilement, le voyant du reste maigrir depuis quelque temps, la mère l'amène pour la première fois à la consultation.

L'appétit est presque nul ; mais il n'y a pas de troubles de la digestion.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, douches et bains.

OBSERVATION V (Inédite).

Terreurs nocturnes répétées ; Grande émotivité.

Suzanne P..., 5 ans 1/2. Les accidents nerveux remontent déjà à plus d'un an.

La mère est d'une émotivité très grande ; elle a des palpitations, la sensation de boule et des crises sans perte de connaissance.

Une cousine de la mère a de véritables attaques d'hystérie.

Le père serait bien portant, non buveur.

Rien à noter chez les frères et sœurs de la petite malade.

Celle-ci a été élevée au sein jusqu'à l'âge de 18 mois. La dentition s'est faite facilement.

Pas de convulsions. Rougeole à 6 mois.

Laryngite aiguë (?) à 3 ans 1/2, et coqueluche à la suite.

Le sommeil est agité depuis bien longtemps, et l'enfant parlait déjà en dormant ; mais depuis quinze mois, les phénomènes deviennent plus accusés.

L'enfant se réveille en sursaut, accusant une vive frayeur. Mais au début, ces accidents étaient légers et l'enfant facile à tranquilliser.

Il y a un an, se produit une première crise plus violente : l'enfant s'était couchée bien portante, elle s'est réveillée en sursaut, poussant des cris, les yeux hagards, et paraissant en proie à une vive frayeur. Le corps était agité de mouvements convulsifs.

Au bout d'un quart d'heure, elle a reconnu sa mère et tout s'est apaisé. Enfin après quelque temps, elle s'est rendormie, puis a été reprise deux fois dans la même nuit des mêmes accidents.

Deuxième attaque violente de terreurs nocturnes. Il y a six mois, une crise aussi intense que la première se produisit. L'enfant, qui est très émotive, avait eu, après le repas de midi, une violente contrariété et avait été prise de vomissements. Le soir, elle se couche sans manger, s'endort d'un sommeil agité, et tout à coup elle se réveille en proie à une

crise de terreur excessive. Elle tremblait de tout son corps, dit la mère ; et cela a duré un bon quart d'heure. Après quoi, l'enfant rassurée s'est de nouveau endormie et a eu encore une crise vers le matin.

Troisième attaque, il y a cinq jours, dans la nuit du 29 au 30 juin 1890, Crise aussi violente que les précédentes et sans cause appréciable.

Seulement depuis quelque temps, l'enfant pleure plus facilement, elle est d'une câlinerie excessive, et le moindre reproche lui cause des sanglots et des étouffements. Pas d'autres accidents.

M. Ollivier prescrit du bromure de sodium, du sirop d'iodure de fer et des douches.

OBSERVATION VI (Inédite)

Terreurs nocturnes ; Vivacité intellectuelle ; Caractère mobile ; Coïncidence de chorée.

Lucie B..., 3 ans 1/2, entre le 30 avril 1889, au n° 39 de la salle Gillette.

Antécédents héréditaires. — Son père urinait encore au lit à l'âge de 14 ans. C'est un homme très vif, mais qui n'aurait jamais eu d'attaque. De plus, il est rhumatisant depuis la guerre de 1870.

La mère est très nerveuse, très impressionnable, mais sans attaque.

Antécédents personnels. — L'enfant, fille unique, est venue à terme, elle a été élevée au sein maternel.

La dentition s'est faite facilement.

Pas de gourmes ni de blépharites.

Sevrée à 16 mois, elle marchait déjà à 14 mois.

Elle n'a pas eu de convulsions ; mais elle a eu fréquemment des terreurs nocturnes, surtout depuis six mois.

Depuis six mois aussi environ, la mère a remarqué une grande modification du caractère de sa fille : elle devenait plus câline, plus capricieuse. Elle avait été d'une grande précocité d'intelligence, et amusait la famille par ses réparties et son babil. La mère reconnaît que cette enfant a été un peu gâtée.

Enfin, depuis dix jours, et c'est ce qui l'amène à l'hôpital, l'enfant est atteinte de chorée généralisée. Les mouvements ne sont pas rythmés. D'après la mère, l'enfant aurait eu peur, la nuit, effrayée par un bruit qui l'a réveillée en sursaut. Ce bruit ne serait pas imaginaire, comme les terreurs nocturnes qu'a présentées l'enfant ; mais la mère aurait été réveillée aussi. Depuis cette nuit, l'enfant grince des dents, puis s'est mise à remuer les bras, puis les jambes.

L'observation de cette malade est restée inachevée, parce que la mère, touchée des cris de son enfant, l'a emmenée le jour même de son entrée. On trouve ici la coïncidence de la chorée vulgaire venant s'ajouter à l'hystérie. Cela n'a rien de surprenant ; car, comme le dit M. le professeur Charcot, « on ne voit pas pourquoi deux affections appartenant au groupe des maladies nerveuses, nées sur un même terrain, ne se réuniraient pas chez un individu prédisposé. » (Leçon du mardi, du 6 décembre 1887). Et, dans la leçon du 13 mars 1888 : « Cela n'a rien d'extraordinaire, les choréiques sont souvent ovariennes, elles ont souvent de l'anesthésie. C'est tout simplement qu'elles sont atteintes des deux maladies simultanées. Il n'y a pas fusion, mélange des deux névroses ; il s'agit purement d'une combinaison, d'une superposition. »

OBSERVATION VII (inédite).

Terreurs nocturnes ; Mobilité de caractère ; Hystérie confirmée par des attaques à l'âge de 6 ans.

Jeanne G... entre le 29 mars 1870 au n° 6 de la salle Gillette.

La mère est extrêmement nerveuse et présenterait des crises prolongées ou répétées pendant dix-sept heures de suite.

Le pére est bien portant ; non nerveux.

L'enfant a été élevée en nourrice, au biberon. Elle est restée quatre ans loin de ses parents. La nourrice n'a pas noté de convulsions, mais des rêves la nuit, des rêves pénibles, des cauchemars, et l'enfant se réveillait en sursaut ; d'autres fois, le sommeil était agité et l'enfant grinçait des dents.

Depuis l'âge de 4 ans, elle a été rendue à ses parents ; elle a été témoin des crises de sa mère et en a paru vivement émotionnée ; elle s'était du reste toujours montrée très mobile de caractére ; un peu sauvage, à son retour de nourrice, elle était devenue très câline et même capricieuse.

Sans motif appréciable, elle a eu, il y a une dizaine de jours (elle a maintenant 6 ans), pour la première fois, une crise nerveuse, avec perte de connaissance, pendant dix minutes. D'après le récit qui en est fait, la deuxième et la troisième période auraient été nulles ou très atténuées. L'enfant n'a eu ni mousse, ni sang aux lèvres ; l'attaque s'est terminée par une crise de larmes.

Et depuis lors, l'enfant se plaint d'une vive douleur au cœur, et de névralgie intercostale.

Il y a cinq jours, deuxième crise de même forme et de même durée. C'est pour cela qu'on l'amène à l'hôpital.

A son entrée, l'enfant se plaint encore de douleur précordiale et de palpitations; mais les jours suivants, soit sous l'influence de l'hydrothérapie et de la médication ferrugineuse, soit sous l'influence de l'éloignement de la famille, on n'observe ni crise, ni accidents; et bientôt les parents la retirent.

OBSERVATION VIII. (Inédite).

Terreurs nocturnes; Incontinence nocturne d'urine; Crises nerveuses; Grande vivacité de caractère.

René D..., 4 ans 1/2, est amené le 4 octobre 1890 à la Polyclinique du samedi, du docteur Ang. Ollivier.

Le père est très nerveux, coléreux, rageur même.

La mère s'avoue nerveuse, sans attaque.

Le petit René est fils unique, très gâté de ce fait, de l'aven de sa mère.

Il a eu la coqueluche à 9 mois.

La dentition a été facile. Pas de convulsions.

Depuis environ deux ans, l'enfant est atteint de sortes de crises nerveuses qui se manifestent ainsi :

Au début, douleurs dans la poitrine sous forme de constriction. Le nez se pince, les lèvres pâlissent, et l'enfant tombe, les yeux hagards, et il grince des dents. Toutefois, il ne semble pas perdre complètement connaissance. Ces crises sont du reste très courtes, mais elles deviennent d'une fréquence inquiétante. L'enfant en a parfois jusqu'à cinq à six par jour, au dire de la mère, dont la description en même temps que très prolixe, est très diffuse.

La nuit, depuis un temps qu'il est impossible de fixer, l'enfant grince des dents, il a de véritables terreurs nocturnes, et, quelquefois, mais rarement, de l'incontinence nocturne d'urine.

Cet enfant paraît très intelligent, le regard est vif. Il se cache avec vivacité dans les bras de sa mère.

Il souffre aussi de douleurs dans l'estomac avant et après les repas, et a quelquefois des vomissements.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, et douche froide tous les jours.

Le 11 octobre 1890, c'est-à-dire huit jours après, l'enfant est ramené à la Polyclinique de M. Ollivier.

Il est déjà amélioré, ne grince plus des dents.

Le malade se plaint encore d'épigastralgie, dans la journée avant comme après les repas.

Les crises nerveuses sont peu modifiées; l'enfant a de plus des crises de violente colère; il s'arrache les cheveux, crie, pleure.

Pas d'autres symptômes.

Le 18 octobre, diminution des crises en nombre et en durée.

OBSERVATION IX (inédite).

Caractère nerveux; Grande émotivité; Crises nerveuses à la suite d'une violente colère.

Fernande F..., âgée de 2 ans et demi, est amenée, le 18 octobre 1890 à la Polyclinique du samedi.

La mère est nerveuse; elle avoue être très facile à irriter,

à émotionner, mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs ; elle a une sœur, qui est très nerveuse également.

Le père est calme et bien portant. De leur union sont nés deux autres enfants ; une fille aînée et un garçon. La jeune fille, âgée de 10 ans, est très impressionnable et très irritable. Selon l'expression de la mère, « elle ne peut rester un instant en place ».

Quant à notre petite malade, elle a été nourrie au sein et sevrée à 19 mois.

Dentition facile. Pas de convulsions.

Bronchite à 8 mois.

L'enfant a depuis quelque temps un sommeil agité. Elle rêve, parfois à haute voix, et se réveille fréquemment, sans toutefois avoir de véritables terreurs nocturnes.

Elle a toujours été très sensible aux reproches, très intelligente, et de plus en plus câline.

Il y a dix jours, elle a éprouvé une violente colère ; elle s'est mise à crier et à se rouler par terre. Tous ses membres ont été secoués de convulsions. Pas de mousse ni de sang aux lèvres. Pas de morsure de la langue.

Ces crises se sont répétées, ce jour-là et les suivants, deux à trois fois en moyenne.

Jamais de perte complète de connaissance.

Depuis deux jours les crises ont cessé ; il reste néanmoins une agitation beaucoup plus considérable qu'avant la première attaque. Le sommeil est également plus pénible, l'appétit a un peu diminué.

A l'examen physique, la petite malade est une charmante enfant, à la figure intelligente, au regard vif ; elle a toutes ses dents et marche depuis longtemps.

OBSERVATION X (Inédite).

Précocité et émotivité excessives; Crises précoces et de nature hystérique.

Augustine C..., 3 ans.

Le père et les grands-parents paternels ne présentent rien de particulier.

Il n'en est point ainsi du côté de la mère. Celle-ci est nerveuse, impressionnable. De plus, elle s'enrhume facilement.

Pendant qu'elle était enceinte de notre petite malade, son fils aîné a eu des convulsions, et elle en a ressenti une vive frayeur; si bien que, pour la première fois de sa vie, elle a eu une crise de nerfs, qui s'est répétée depuis plusieurs fois. Durant ces crises, elle ne perdait pas connaissance, ne se débattait pas et ne se mordait pas la langue.

L'aïeule maternelle a eu des attaques hystéro-épileptiques très nettes.

L'aïeul maternel est mort poitrinaire à 36 ans.

Notre petite malade est venue à terme, et a été nourrie au sein jusqu'à 27 mois. Il est vrai que la mère y ajoutait depuis longtemps une alimentation plus substantielle.

L'enfant a été d'une précocité rare; elle a eu ses premières dents à 9 mois, — quatre à la fois — elle a marché à un an; et a parlé également de très bonne heure.

Elle a eu la rongeole à 3 mois, le croup à 1 an. Puis ont apparu les phénomènes convulsifs à peu près vers la fin de la première année. — Après avoir mangé, le plus souvent, mais aussi quelquefois le matin à jeun, l'enfant se raidit et tremble de tous ses membres. Les yeux sont convulsés en haut, Les mâchoires sont serrées avec force; puis l'enfant

reste complètement inerte un moment et l'agitation recommence désordonnée, irrégulière. A la deuxième crise l'enfant se tordait les bras, mais la mère ne sait plus à quel moment de la crise.

La perte de connaissance est complète. Jamais l'enfant ne s'est mordu la langue ni n'a eu l'écume aux lèvres.

Il ne semble pas y avoir d'aura ; ces crises succèdent pourtant généralement à une émotion,

Les premières crises ont duré de dix minutes à un quart d'heure. La deuxième pourtant, arrivée vers l'âge de deux ans, et dans laquelle l'enfant se tordait les bras, aurait duré deux heures, au dire de la mère, dont la loquacité paraît grande.

Les dernières crises ont duré environ cinq minutes. Quand tout est fini, l'enfant revient complètement à elle.

Physiquement, elle a l'air d'être très intelligente et bien conformée. On ne constate pas d'asymétrie faciale. La précocité de l'enfant a été notée plus haut ; la mère ajoute de plus que sa fillette était bien capricieuse et très colérense.

L'interprétation de ces crises, malgré leur précocité, ne semble pas pouvoir être l'objet d'un doute. Malheureusement, l'enfant, amenée à la consultation où ces notes ont été prises, n'y a pas reparu et n'a pu être suivie.

OBSERVATION XI (Inédite).

Hérédité alcoolique et nerveuse ; Grande émotivité ; Frayeur ; Terreurs nocturnes ; Crises hystériformes.

Georgette H..., 2 ans 1/2, entre le 28 septembre 1889, salle Gillette, n° 46.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'une fluxion

de poitrine, contractée en état d'ivresse. C'était un alcoolique avéré. Il avait de plus des céphalalgies fréquentes.

La mère a aussi des céphalalgies, et boit également beaucoup. Elle a eu quatre enfants mort-nés. Elle aurait eu des hémoptysies, il y a cinq ans, et serait restée huit mois à l'hôpital. Elle est très nerveuse, se fâche très souvent, et dans ses accès de colère, elle a eu des crises de nerfs. Il n'y a pas de preuves certaines de syphilis.

Outre les quatre enfants mort-nés, la mère a encore eu, outre notre malade, quatre enfants morts en bas âge de convulsions, et un dernier né, âgé de trois mois, vivant, qui aurait eu des crises convulsives fort mal décrites par la mère malgré sa prolixité.

Antécédents personnels. — Notre petite malade est née à terme, a été nourrie au sein et sevrée à 23 mois. Premières dents à 10 mois sans convulsions.

Elle a marché à 14 mois.

Ni coqueluche, ni rougeole, ni scarlatine.

Grande émotivité et grande variabilité de caractère.

Il y a un mois, elle a eu peur d'un chien ; c'est à partir de ce moment qu'elle a présenté les accidents pour lesquels on l'amène à l'hôpital.

Elle a des terreurs la nuit, et voit constamment des chiens qui veulent la mordre. Elle grince des dents et a de l'incontinence nocturne d'urine. Ce dernier accident se serait déjà produit quelquefois avant les autres, et aurait débuté il y a six mois. Ces pertes nocturnes d'urine ne sont du reste pas fréquentes. Enfin, l'enfant a des crises convulsives pendant lesquelles elle se débat beaucoup, salive, mais sans se mordre la langue. A la fin de la crise, elle urine sous elle.

Ces crises durent de dix minutes à un quart d'heure.

Enfin depuis huit jours, l'enfant accuse des douleurs de tête, des nausées. Elle a perdu à peu près tout appétit.

L'enfant est bien conformée, ne présente pas d'asymétrie faciale. Elle est un peu chétive.

Les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, on observe encore de l'agitation pendant son sommeil, et des cauchemars dans lesquels l'enfant a peur de chiens. Elle se réveille plusieurs fois la nuit en criant.

Traitement. — Régime lacté, potion au chloral.

Puis les accidents se sont calmés peu à peu sans autre médication. Pas de crises à l'hôpital.

OBSERVATION XII (Inédite).

Grande émotivité; Education vicieuse; Crises hystériques à la suite d'une contrariété.

Suzanne J..., 2 ans 1/2.

Le père est nerveux, violent, sans crise de nerfs.

La mère est également très nerveuse et n'a, non plus, jamais eu de crises.

Ils ont eu deux autres enfants: tous deux sont morts: l'un, tout jeune, de convulsions, l'autre à sept ans de méningite.

La petite Suzanne a été élevée au sein jusqu'à l'age de deux ans.

Seule survivante de leurs enfants, les parents l'ont excessivement choyée et gâtée.

La dentition a été douloureuse, mais sans convulsions. L'enfant a actuellement toutes ses dents.

Elle a toujours été très nerveuse, très irritable, malgré les efforts des parents pour toujours la satisfaire.

Elle ne dormait pas bien, était très agitée la nuit ; elle a même eu quelques réveils en sursaut avec des cris. Pas de grincements de dents.

Elle a eu la rougeole il y a deux mois.

Pendant la convalescence, a eu lieu le début des crises. L'enfant, pour un caprice non satisfait, a éprouvé une vive contrariété : elle a été rageuse, a poussé des cris violents, puis a été prise de sanglots et d'étouffements au milieu desquels elle a perdu connaissance pendant quelques minutes, tout son corps étant secoué de tremblement. Tout s'est terminé dans une crises de larmes et de bouderie.

Ces crises se reproduisent depuis à tout propos.

Un matin, elle en a eu une plus violente, ayant duré près de dix minutes.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Convulsions répétées; Terreurs nocturnes; Grande irritabilité; Jalousie à propos d'une jeune sœur; Céphalalgie.

Julien M..., âgé de 4 ans, est amené le 8 octobre 1889, à la Polyclinique de M. Ollivier.

Le père est très nerveux, très emporté.

La mère est également prompte à s'émotionner, mais ni l'un ni l'autre n'ont eu d'attaque.

Rien chez leurs autres enfants.

Quant au petit malade, il a été élevé au sein, en nourrice, non pas chez ses parents, mais tout près d'eux.

Etant encore au sein, il a eu une première fois des convulsions à 1 an. Il a été sevré à 14 mois; il a marché à 15 mois, et n'aurait eu sa première dent qu'à la même époque.

A 20 mois, quatre crises de convulsions, coïncidant avec la

dentition ; toutes les quatre s'étaient produites dans la même journée, et sans récidive, grâce à l'emploi du chloral en lavement.

En décembre 1887, l'enfant a une affection thoracique aiguë débutant par une courte attaque.

En février 1888, une nouvelle et petite attaque de deux à trois minutes.

En août 1888, une grande attaque, dont on ne trouve aucune cause occasionnelle, si ce n'est peut-être l'éruption des molaires.

Enfin, en février 1889, deux attaques courtes ou abrégées par le lavement de chloral.

Ces attaques offrent l'aspect suivant : l'enfant ne pousse pas de cri, il perd connaissance et tombe. On remarque alors qu'il est pâle, avec des plaques de rougeurs. Il ne se débat pas. La respiration semble ralentie, et l'enfant présente ensuite un peu de cyanose. La durée est variable. Il n'y a jamais de sang ni d'écume aux lèvres.

De plus, depuis quelque temps, l'enfant a des terreurs nocturnes. Pas d'incontinence d'urine.

Il est d'un caractère très irascible, il est jaloux de sa petite sœur.

Enfin, il a des maux de tête fréquents et peu d'appétit.

L'œil est vif, le regard intelligent. Pas d'asymétrie faciale.

OBSERVATION XIV (inédite).

Hérédité nerveuse très accusée ; Crises hystériques comprenant nettement la deuxième et la quatrième période.

Georges R..., 2 ans 1/2, est amené le 10 juin 1889, à la Polyclinique du samedi.

Son père, âgé de 34 ans, est bien portant, mais très irritable, très nerveux. Du reste, on l'est beaucoup dans toute la parenté paternelle; et un des frères du père a eu des crises d'épilepsie, fréquentes jusqu'à 20 ans, et se reproduisant encore sous l'influence d'une vive contrariété.

La mère se met aussi très facilemeet en colère, elle reconnait être nerveuse, pleurer et rire facilement; elle aurait eu aussi quelques contrariétés pendant sa grossesse. Elle raconte, avec beaucoup de prolixité, l'histoire de son fils.

Celui-ci a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 18 mois. Il n'a jamais été malade.

Il a parlé et marché vite, a été un peu gâté, et est devenu très capricieux.

Depuis près d'un an, ses bizarreries se sont accentuées. Tout à coup, en plein jour, l'enfant, « qui était en train de jouer, se met à marcher à reculons, dit la mère, se fourre les mains dans la bouche, et pousse des cris. Et il est impossible de s'approcher de lui. Il cherche à se cacher, et ne semble pas reconnaître les gens qui l'approchent. Cela dure trois quarts d'heure. »

Il a aussi le jour d'autres crises, qui le prennent de plus quelquefois la nuit; l'enfant se raidit dans son lit, sans s'y débattre; puis il pousse des cris sans suite, exprimant généralement la frayeur ou la tristesse. « Cela dure une demi-heure à trois quarts d'heure. Quand la crise est finie, il appelle sa mère, et lui dit: maman, c'est fini, embrasse-moi. »

L'enfant est bien constitué.

Pas de déformation cranienne.

OBSERVATION XV (Inédite).

Impressionnabilité excessive; Terreurs nocturnes; somnambulisme nocturne; Céphalalgie nerveuse.

Lucien V... est amené le 12 juillet 1890, à la Polyclinique du samedi. Il a aujourd'hui 8 ans; mais le début de ses accidents permet, comme on va le voir, de faire entrer son observation dans le cadre de ce travail.

On ne trouve pas grand'chose daus les antécédents héréditaires de cet eufant; la mère ne serait pas nerveuse. Le père, seul, l'est beaucoup et s'emporte facilement. Rien du côté des autres parents.

Sa mère déclare que ses trois autres enfants sont très bien portants.

Quant à notre malade, il a été élevé au sein maternel jusqu'à 20 mois. A ce moment, il a eu une bronchite aiguë grave, et depuis lors, il s'enrhume facilement.

Il n'a pas eu de convulsions. La dentition a été facile.

Il a eu la rougeole et la varicelle.

On a observé chez lui, dès sa plns tendre enfance une grande impressionnabilité.

Il avait déjà, étant tout jeune, des terreurs nocturnes, suivies de sueurs profuses et d'abondantes mictions.

Enfin depuis ses premières années, il a aussi une céphalalgie à peu près continuelle, avec violents accès, dans la région occipitale. Ces céphalalgies le fatiguent surtout pendant la journée.

Vers l'âge de 4 ans, le sommeil qui, depuis quelqne temps était redevenu à peu près tranquille, a été de nouveau très agité. L'enfant s'est mis à causer la nuit, puis à pousser des

cris ressemblant à des aboiements; enfin, à la même époque ont commencé des accès de somnambulisme nocturne; l'enfant sort brusquement de son lit, et va chercher certains objets dans la chambre, puis se recouche tranquillement, et le lendemain ne se souvient de rien. Ces accès n'ont pas été très nombreux; ou du moins cinq ou six seulement ont été observés par les parents; et il y a au moins six mois qu'ils n'en ont pas revu.

Mais l'enfant a de nouveau des terreurs nocturnes. Il est d'une irritabilité excessive; et les céphalalgies envahissant la moitié postérieure de la tête, le font par instant vivement souffrir. L'appétit est nul, les digestions mauvaises, pénibles; et l'enfant est pâle et chétif.

Traitement institué. — Sirop antiscorbutique, sirop d'iodure de fer, phosphate de chaux.

20 septembre 1890. — On ramène l'enfant, il y a une légère amélioration des symptômes nerveux, et l'enfant a un peu meilleure mine.

M. Ollivier lui fait donner des douches froides.

18 octobre 1890. — L'enfant va beaucoup mieux, les terreurs nocturnes ont disparu. Les céphalalgies sont moins intenses.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Irritabilité excessive; Colère avec accès de suffocation; Terreurs nocturnes avec tendance au somnambulisme.

Pauline B..., 14 mois, est amenée à la consultation de M. Ollivier le 17 juin 1889.

Son père, âgé de 35 ans, est bien portant et n'a eu aucune maladie

La mère a 33 ans, n'a jamais été malade ; mais elle est nerveuse, irritable.

Quatre enfants sont nés de ce mariage : deux morts de méningite (?); un aîné, âgé de 9 ans, bien portant, n'ayant jamais présenté aucun trouble, et enfin notre petite malade.

Celle-ci est venue à terme, la grossesse et l'accouchement ont été normaux. L'enfant a été élevée au sein maternel jusqu'à ce jour. Toutefois, depuis un temps difficile à préciser, mais remontant à trois ou quatre mois, l'alimentation comprend déjà des aliments solides, du pain ; « l'enfant mange un peu de tout ».

Pourtant, on ne trouve pas de trace de rachitisme

La mère apporte son enfant, parce que celle-ci depuis deux mois, tous les jours, a des crises inexplicables pour son entourage. La petite malade pousse des cris perçants, « devient bleue de colère », et paraît suffoquée pendant une demi heure ; après quoi, tout se calme.

Depuis le même temps, l'enfant se réveille fréquemment la nuit, parlant haut. Ses cris expriment la frayeur ; elle appelle sa mère, on répète avec effroi : Non ! Non ! et des mots sans suite. Quelquefois, elle se lève même dans son lit, à genoux ou assise.

L'appétit est bon, la digestion paraît normale, l'enfant va bien à la selle. Pas de convulsions.

La malade paraît très intelligente ; elle parle déjà notablement pour son âge. Elle se serait toujours montrée délicate et exigeante.

OBSERVATION XVII (Inédite).

Débilité nerveuse, accentuée par des maladies aiguës; Frayeur dans l'obscurité; Terreurs nocturnes; Grande irritabilité. Douleurs en des points variés. Hyperesthésie psychique.

Auguste A..., a aujourd'hui 7 ans 1/2, mais les accidents ont commencé à l'âge de 3 ans.

La mère est très nerveuse, mais sans attaque; les aïeux maternels étaient aussi très nerveux.

Le père est peintre décorateur; il est bien portant, et n'a pas eu d'accidents saturnins. Il n'aurait eu ni habitudes alcooliques, ni maladies nerveuses, ni rhumatisme.

Notre malade est l'aîné de quatre enfants; les trois autres sont vivants, bien portants, et n'ont présenté jusqu'à ce jour aucun accident nerveux.

Le jeune Auguste a été élevé au sein, en nourrice, à la campagne. Il en est revenu bien portant, à l'âge de 2 ans.

Mais, rentré dans sa famille, il a eu successivement la coqueluche, la rougeole et la scarlatine. A la suite de ces maladies, il était devenu très chétif et très irritable.

A l'âge de 3 ans, il fut enfermé, comme punition, dans un couloir sombre. Il éprouva une grande frayeur; et depuis ce temps là, il a eu fréquemment des terreurs nocturnes, et s'est toujours montré d'une pusillanimité excessive lorsqu'il a été laissé seul dans les ténèbres.

Dans la journée, il était également bizarre, agité; mais ces troubles sont allés en augmentant; et, peut-être sous l'influence d'habitudes de masturbation, dont la mère s'est aperçue depuis quelques mois, l'enfant qui a aujourd'hui 7 ans 1/2, est devenu excessivement impressionnable, faible

et mobile de caractère, il lui arrive, le soir surtout, de ne pouvoir entendre le bruit de la conversation, sans souffrir d'un malaise qu'il ne peut définir, mais qu'il manifeste par des plaintes ou des gestes d'impatience. Il lui arrive aussi de répéter plusieurs fois de suite un mot qu'il a entendu dire, ou bien des paroles sans suite. Parfois aussi, sa bouche formule des mots ou des sons plus ou moins étranges.

Si on lui fait quelques observations, il passe à d'autres gestes, paroles ou sons non moins bizarres, ou répond par une grimace de la face.

Souvent on le voit courir sans sujet, bondir à chaque instant, et changer de place continuellement.

Avec cela, il accuse des céphalalgies fréquentes, de l'épigastralgie, des étouffements et de la rougeur de la face.

Jamais de crises nerveuses.

On lui donne, comme traitement, des douches et du sirop d'iodure de fer.

L'enfant est ramené quelque temps après, il serait un peu plus calme. Toutefois, l'hyperesthésie psychique est encore considérable : le jeune malade ne peut supporter le bruit de frottement, ni voir remuer les doigts ou froisser du papier.

Il présente aussi du clignottement des yeux.

On ne trouve pas trace d'anesthésie, les différents appareils ne présentent rien, si ce n'est l'appareil digestif : on constate encore un peu d'épigastralgie.

OBSERVATION XVIII (Inédite).

Irritabilité très grande; Colères violentes; Urticaire nerveux.

Edmée L..., 22 mois, est amenée à la consultation du docteur Ollivier, le 10 octobre 1889.

Son père, âgé de 37 ans, emballeur, est très manifestement nerveux. Il avoue des habitudes anciennes d'alcoolisme, et déclare que son père et sa mère étaient aussi très nerveux.

La mère de l'enfant est vigoureuse, mais elle s'émotionne, pleure, rit ou s'emporte facilement. Elle n'a pas eu d'attaques. On serait également nerveux dans sa famille.

La petite Edmée, est fille unique, elle est née à terme, et a été nourrie au biberon à la campagne.

Elle a eu ses premières dents à 7 ou 8 mois.

Pas de convulsions.

Déjà, la nourrice avait remarqué depuis longtemps des éruptions répétées, et en avait averti les parents ; mais ces éruptions étaient fugaces.

L'enfant était d'une irritabilité excessive, et elle avait des accès de colère intense.

Aujourd'hui, le père confirme cet état psychique, mais ce pourquoi il amène son enfant, c'est une éruption, apparue hier sans cause appréciable, sans fièvre, et qui cause à son enfant de violentes démangeaisons.

On constate, en effet, disséminées sans ordre à peu près sur tout le corps, de petites saillies blanches, entourées d'une auréole rouge, et partout des traces d'un grattage énergique.

L'enfant ne présente pas trace de fièvre, ni de catarrhe oculo-nasal. Son alimentation consiste en lait, tapioca et panades ; les digestions sont bonnes et les selles régulières.

OBSERVATION XIX (Inédite).

Emotivité et irascibilité vives ; Troubles digestifs ; Urticaire nerveux.

Gaston S... présente comme antécédents héréditaires : un père migraineux ; et une mère très nerveuse, sans attaque, mais dont le père est mort aliéné.

Notre malade est enfant unique ; il est venu à terme et a été nourri au sein jusqu'à 13 mois.

Première dent à 8 mois. Marche sûre à 18 mois.

Pas de convulsions ; quelquefois de la diarrhée.

Deux ou trois petites bronchites.

Rougeole à 2 ans 1/2. Caractère irascible.

Depuis l'âge de 13 mois, l'enfant a présenté des éruptions, qui l'obligeaient à se gratter beaucoup. Ces éruptions guérissaient très rapidement pour reparaître « en moyenne toutes les trois semaines » jusqu'à ces derniers mois. Au moment où on nous amène l'enfant (14 décembre 1889), il a atteint l'âge de 10 ans; les poussées s'espacent davantage pour reparaître irrégulièrement tous les mois ou toutes les cinq semaines.

L'enfant a déjà eu quelquefois de la diarrhée, étant tout jeune, comme il a été dit, il en a actuellement depuis quatre jours, date de l'éruption actuelle. L'enfant n'a pas mangé de poisson, et on ne trouve d'explication ni dans la nourriture ni dans un coup de froid.

Mais il a fréquemment des indigestions. La mère les compte : soit 26 pour le mois dernier (?).

Gastralgie à peu près habituelle.

Pas d'autres points douloureux. Pas de céphalalgie, pas de terreurs nocturnes, ni de grincements de dents.

Pas d'anesthésie.

Mais l'enfant est très irascible et prompt à s'émotionner. Il a quelquefois des étouffements.

OBSERVATION XX (Inédite).

Crises nerveuses ; Toux aboyante hystérique.

Léon D..., 16 mois, est amené le 22 mars 1890 à la consultation de M. Ollivier.

Le père serait bien portant, non nerveux.

La mère est très nerveuse, très irritable ; elle a fréquemment la sensation de la boule hystérique, et elle déclare avoir eu, pendant sa grossesse, des attaques avec perte de connaissance.

L'enfant a été élevé au sein jusqu'à 14 mois. Il en a actuellement 16 ; il a six dents, et n'a présenté aucun accident de dentition.

Pas de maladies autres que les accidents suivants :

Depuis qu'il est sevré, il présente des crises nerveuses, que la mère décrit ainsi : l'enfant devient violet, il a la voix rauque et se laisse tomber là où il se trouve. Il ne se débat pas, mais reste inerte, rigide de un quart d'heure à une heure. Cela se répète environ tous les trois jours, mais quelquefois plus rarement. En dehors de ces crises, rien d'anormal, sauf que la voix est toujours un peu rauque.

L'enfant ne présente pas de troubles intellectuels très marqués ; il est bien un peu capricieux ; mais en l'absence de symptômes marqués, le diagnostic reste hésitant entre l'hystérie et l'épilepsie.

M. Ollivier ordonne du bromure de potassium, au moins à titre d'essai.

12 avril 1890. - Les crises précédentes ont disparu, mais pour faire place à de véritables crises convulsives ; dans ces crises, tout le corps est violemment tendu et agité de secousses rapides ; les membres sont également secoués et parfois tordus dans ces convulsions. L'enfant ne se mord pas la langue, n'a ni mousse, ni sang aux lèvres.

Il ne semble pas y avoir d'aura.

Toutefois l'irritabilité de l'enfant se dessine davantage. Il a un peu pâli.

Il ne paraît pas très abattu après chacune de ces crises. Il en a eu trois la semaine dernière.

De plus, la voix est toujours rauque ; puis il s'y est ajouté une petite toux sèche.

On ne trouve rien à l'auscultation, ni à la percussion des poumons, rien à l'examen de la gorge.

Pas de terreurs nocturnes. Pas d'autres accidents.

Le bromure de potassium ayant si peu réussi, on essaye de petits bains tièdes quotidiens.

L'enfant n'a pas été ramené.

OBSERVATION XXI (Inédite).

Faiblesse constitutionnelle; Céphalalgies fréquentes; Terreurs nocturnes ; Récidive par imitation; Mélancolie.

Marie M... entre le 25 mai 1888, à la salle Gillette (service de M. Ollivier).

Son père, mort à 47 ans d'une affection thoracique indéterminée, était très nerveux, très violent.

La mère, âgée de 47 ans, vivante, est bien portante.

Il est impossible de rien savoir sur les autres parents.

La petite malade a huit frères ou sœurs. Parmi eux, il y a une sœur qui, à la suite d'une morsure d'un chien, est devenue manifestement atteinte d'hystérie convulsive.

Les antécédents personnels de la petite malade la montrent, dès sa plus tendre enfance, faible et chétive.

A 15 mois, elle a une fluxion de poitrine, puis elle a « des faiblesses », dit la mère, et elle se plaint fréquemment de maux de tête.

Elle aurait eu plusieurs fois des terreurs nocturnes dans

son bas âge, jusque vers la sixième année. Le jour, elle était bizarre et capricieuse.

Elle est toujours restée chétive.

Aujourd'hui, elle a 11 ans 1/2. On l'amène, parce que, il y a environ trois mois, à la vue d'une crise de sa sœur à l'hôpital Saint-Antoine, elle a été prise de frayeur; et, depuis lors, la nuit elle se réveille de nouveau en sursaut, voit des bêtes qui l'effrayent, s'imagine avoir les mains très grosses, etc.; et il est impossible de la maintenir au lit.

Pendant ces crises, dit la mère, elle ne voit rien, ses yeux louchent.

Le jour, elle est mélancolique et pleure sous prétexte qu'elle s'ennuie. Elle prétend qu'elle va devenir folle, ou qu'elle va mourir.

A l'hôpital, on veut l'envoyer à la douche; elle se révolte; et finalement sa famille la retire.

DIAGNOSTIC

On dit généralement que le diagnostic de l'hystérie chez l'enfant n'est pas très difficile.

Il faut se demander alors pourquoi l'existence de la névrose avant la cinquième année, a pu être considérée comme fort douteuse ou tout à fait exceptionnelle. C'est qu'on a oublié la notion fondamentale, déjà bien établie par Briquet, à savoir que pour être hystérique, il n'est pas besoin d'avoir des crises de nerfs.

Malgré les observations citées, il faut reconnaître que l'hystérie convulsive est rare dans le tout jeune âge; mais il reste bien d'autres phénomènes morbides comme symptômes certains de la névrose.

Il ne faut pas oublier que l'hystérie se développe le plus souvent lentement et que, parmi les troubles du début les plus fréquents, il faut mettre au premier rang les troubles mentaux, puis les troubles digestifs et enfin les troubles respiratoires. Les autres accidents, nommés stigmates, peuvent manquer: les troubles de la sensibilité, qui ont une signification si importante chez l'adulte, peuvent ne pas exister: les anesthésies et les troubles du champ visuel feront

donc souvent défaut ; il en sera de même des hyperesthésies et points hystérogènes. Je ne parle pas des paralysies, des contractures et autres accidents, variant même chez l'adulte d'un individu à l'autre. Mais peut-on, en l'absence simultanée de toute attaque, de toute anesthésie, et de toute zone ou point hystérogène, porter le diagnostic d'hystérie?

En admettant (ce qui est aujourd'hui bien établi) que les troubles psychiques, digestifs, respiratoires, etc., sont des symptômes fréquents de la névrose, comment se prononcer lorsqu'on sait que ces accidents peuvent provenir d'autres états morbides, et que, selon l'expression de M. Peugniez, l'hystérie peut simuler symptomatiquement toutes les affections possibles?

Et pourtant, la question est d'un intérêt capital : c'est dans ses formes les plus légères et c'est surtout dans l'enfance que l'hystérie est le plus facilement curable. « Chez l'enfant, dit M. le professeur Charcot, l'hystérie ne tient pas » (1). Par conséquent, le traitement rationnel, indiqué par le diagnostic, a d'autant plus de chance de réussir qu'il sera appliqué plus tôt. Voilà pourquoi il importe de rechercher les conditions pathogéniques des accidents observés pour pouvoir atteindre et modifier ces conditions elles-mêmes, aujourd'hui que l'on n'admet plus l'essentialité des symptômes.

Eh bien ! oui, le diagnostic est possible, il est

(1) *Leçons de la Polyclinique du Mardi, à la Salpêtrière.*

même relativement facile ; mais il faut procéder à l'examen du jeune malade, sans parti pris, sans arrière-pensée. Vient-on chez un enfant à constater, dans le fonctionnement de l'économie, des troubles qu'aucune autre cause n'explique, il faut porter son attention du côté du système nerveux.

La première chose à rechercher, pour éclairer la situation, ce sont les antécédents héréditaires et les antécédents personnels du jeune malade.

On a vu plus haut l'influence considérable, prépondérante, de l'hérédité dans le développement des maladies nerveuses et de l'hystérie en particulier. Il faut donc rechercher l'existence habituelle de cette influence ; et pour cela, entendre le mot hérédité, comme il a été dit, dans le sens le plus large du mot, tant au point de vue de toute la parenté de l'enfant, qu'au point de vue de toute maladie nerveuse ou débilitante dans cette parenté.

Les antécédents personnels du jeune malade seront à leur tour recherchés avec soin ; car l'on y trouvera toujours un état psychique prémonitoire des troubles nerveux actuels, et même parfois un ensemble de symptômes qui, réunis, ne laisseront plus un seul moment de doute. On s'informera du caractère de l'enfant, de son émotivité, de son irascibilité, de sa précocité, de ses affections, de ses rapports avec ceux qui l'entourent, de ses goûts, de l'état de son sommeil, enfin de ses maladies antérieures, de son évolution physique et psychique, de la manière dont il a été élevé et des influences qu'il peut avoir

subies. En un mot, il faut connaître tout le passé mental de l'enfant ; et il sera bien rare, s'il s'agit d'hystérie, que l'on ne trouve de quoi justifier son diagnostic même en l'absence de tout stigmate somatique.

Cela ne dispensera pas de procéder à l'examen physique. Très souvent, on constatera des troubles de l'appareil digestif : diminution et même perte de l'appétit, caprices, goûts dépravés, malaises après les repas, vomissements, hématémèses, gastralgie, étouffements, boule hystérique, dysphagie, borborygmes, hallucinations viscérales, tout sera recherché avec soin.

De même pour les troubles respiratoires : dyspnée, toux, spasme de la glotte, rires convulsifs, etc. ; et les troubles circulatoires : palpitations, angoisse précordiale, rougeur et pâleur des téguments, urticaire.

On arrivera ensuite aux troubles de la sensibilité, et l'on pourra constater le plus souvent de la céphalalgie, des douleurs en des points variés, parfois de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, des zones ou des points histérogènes. Les sens spéciaux seront examinés à leur tour, et notamment l'appareil de la vision. Je ne fais que rappeler l'importance symptomatique de l'achromatopsie, de la dyscromatopsie, de la diminution du champ visuel, si on a l'occasion de les constater.

Il sera donné aussi quelquefois d'observer des troubles de la motilité, des paralysies ou des contractures.

S'ils sont de nature hystérique, on constatera certainement en même temps quelques-uns des autres symptômes précédemment décrits, et notamment des troubles de la sensibilité. Il est important de noter le mode de début, l'état des réflexes; enfin, l'action des aimants et des agents esthésiogènes éclairera le diagnostic. S'il s'agit de contractures, on pourra employer le chloroforme. On a diagnostiqué ainsi de fausses coxalgies.

Enfin, s'il y a des attaques, la question se simplifie: le diagnostic différentiel n'a plus à se faire qu'entre l'hystérie et l'épilepsie; et il n'y a aucune difficulté quand l'attaque d'hystérie présente au moins deux de ses périodes. Le seul cas embarrassant est celui, rare à la vérité, où il n'y a que la première période constituant toute la crise: le tableau symptomatique peut alors être identique à celui d'un accès d'épilepsie. Ici encore, l'examen général, d'après les données précédentes, dissipera le doute, et l'on peut résumer ainsi les éléments du diagnostic différentiel:

Dans l'attaque d'hystérie, pas d'élévation de la température; existence de points hystérogènes, par la compression desquels on peut influer sur l'attaque, la provoquer ou l'arrêter; retour, après la crise, à l'état normal, sans abattement moral ni physique; existence d'une anesthésie; enfin absence de toute influence du bromure de potassium (Charcot).

Il est pourtant des cas où les deux maladies coexistent chez le même sujet. Le diagnostic peut alors être plus difficile. Il peut surtout être plus difficile de

déterminer à quelle maladie appartient tel symptôme observé en dehors d'une attaque. Il faut alors un examen attentif et beaucoup de patience.

D'une manière générale, il faut conclure que, même avant la cinquième année, le diagnostic de l'hystérie infantile ne présente pas de bien grandes difficultés. Pour constater l'existence de la névrose, il suffit d'observer, mais d'observer sans parti pris, et de rechercher l'explication des faits dans leur étiologie, et non dans des théories préconçues.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hystérie infantile est des plus favorables à porter ; c'est ici le lieu de rappeler l'expression de M. le professeur Charcot : « Chez les enfants l'hystérie ne tient pas. » Cet axiome est d'autant plus vrai que l'enfant est plus jeune, et surtout qu'il s'agit d'un jeune garçon. Il veut dire que, chez les enfants, la névrose ne trouve pas un terrain stable où jeter des racines profondes et que. prise ainsi dans le bas-âge et dès ses accidents initiaux, la maladie est essentiellement curable.

Mais ce n'est pas une raison pour ne rien faire. Le célèbre *principiis obsta* a ici toute son application. L'hystérie, abandonnée à elle-même, ne guérira que très rarement. Elle pourra rester stationnaire, ce qui sera toujours une infirmité fâcheuse : fâcheuse pour le moral du sujet, fâcheuse pour ses travaux, surtout les travaux intellectuels, fâcheuse enfin au point de vue des relations sociales.

Et je ne parle ici que des manifestations psychiques de la névrose ; dès qu'il s'y ajoute des troubles digestifs, circulatoires, etc., la nutrition souffre et le malade devient de plus en plus exposé à tous les

accidents. Car, le plus souvent, le jeune enfant hystérique rencontrera sur le chemin de la vie des émotions, des accidents qui feront apparaître chez lui des troubles plus graves et peut-être tous les symptômes de l'hystérie convulsive.

Dans tous les cas, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il ne faut guère compter sur la puberté, ni le mariage pour amender les accidents, et que tout hystérique qui sort de l'adolescence sans avoir été guéri, courra risque de ne jamais guérir de la vie ou de ne guérir que très difficilement.

Or, je n'ai pas besoin de rappeler les funestes effets de l'hystérie dans l'âge adulte. On a dit : « Malheur à l'homme hystérique » et : « Malheur à l'homme qui épouse une femme hystérique ». — On comprend le triste tableau de l'avenir social et familial pour ces infortunés. Il importe donc de ne rien négliger pour guérir l'hystérie chez les petits enfants, et le plus tôt sera le mieux.

TRAITEMENT

Le traitement de l'hystérie infantile n'offre rien de spécial. Dans le jeune âge comme dans les époques suivantes de la vie, ce traitement comprend : une bonne éducation, une bonne hygiène, l'hydrothérapie, parfois l'isolement et l'électrothérapie.

Une bonne hygiène et une bonne éducation, voilà ce qui a le plus souvent manqué aux enfants, présentant dès leur jeune âge les premières manifestations de l'hystérie. Et pourtant ces deux grands moyens, malgré la puissante prédisposition fournie par l'hérédité, auraient pu être un traitement préventif suffisant pour conjurer l'apparition des accidents. Chez les enfants prédisposés à la névrose, plus que chez tous les autres, une hygiène et une éducation sages devraient être appliquées dès le berceau. A ce moment déjà, il importe de régler les repas de l'enfant, de lui donner le sein à des heures fixes, au lieu de le lui présenter au moindre cri, à tout propos, comme font les mamans faibles. Celles-ci contractent ainsi la déplorable habitude de céder à leurs enfants, qui, de ce fait même, deviennent de plus en plus capricieux; et déjà cette alimentation vicieuse produit des troubles digestifs, source eux-mêmes de

convulsions, d'agitation du sommeil et d'altération de la nutrition. Les repas des enfants seront donc sévèrement réglés et les cris non justifiés ne recevront pas de réponse. Il faut, à cette hygiène alimentaire, ajouter une bonne hygiène physique ; des vêtements amples, ni trop chauds ni trop froids, le grand air, la campagne, de petits bains tièdes, peu prolongés, mais fréquemment répétés.

L'enfant grandit ; l'hygiène alimentaire a encore son importance. Je ne puis m'y arrêter longuement ; il suffit de rappeler que tout ce qui a été dit de l'alimentation des enfants en général, doit être appliqué plus sévèrement encore chez les enfants de parents nerveux. Et cela, toujours parce que chez eux les troubles digestifs seront plus fréquents et leur retentissement plus considérable.

Enfin, l'enfant marche, le regard s'est animé, le langage commence à s'exercer, l'intelligence s'éveille. A mesure que s'est produit ce développement physique et psychique, la surveillance des parents, l'influence d'une bonne éducation ont dû croître aussi ; une nourriture saine et modérée, des vêtements appropriés ne torturant pas le corps, des bains toujours, des promenades, des jeux au grand air. Au point de vue moral, pas de gâteries, pas de caresses excessives, pas de soumission aux caprices, pas de sourires récompensant des méchancetés sous prétexte d'espièglerie. On évitera également l'excès contraire, par exemple de frapper ces enfants, de les terrifier par des cris, des menaces, ou des récits effrayants.

On ne les enfermera pas dans des endroits sombres ou solitaires. On surveillera leur entourage, leur nourrice, leur bonne, leurs camarades. On évitera de les conduire au théâtre, ou dans des soirées, de fatiguer leur esprit et d'éveiller leur imagination. Si les parents ont des crises de nerfs, il faudra craindre la contagion de l'exemple et éloigner les enfants.

Mais ces précautions n'ont pas été prises, des symptômes apparaissent pour lesquels le médecin est appelé ; son premier soin, le diagnostic étant fait, sera de faire réformer l'hygiène et l'éducation vicieuses, et d'appliquer les indications précédentes dans toute leur rigueur. La chose sera parfois difficile à obtenir, pour la raison déjà dite, à savoir que les parents sont eux-mêmes des névropathes, incapables de volonté. C'est alors, devant la persistance des accidents, qu'il faudra prescrire l'isolement, c'est-à-dire l'éloignement de l'enfant de la proximité de ses parents. Cet éloignement sera rigoureusement observé, sans entrevue, et pendant longtemps. Il peut suffire à faire disparaître les crises, comme le démontrent les observations d'enfants calmés dès leur entrée à l'hôpital.

Pendant cet isolement, les petits malades seront plus sérieusement l'objet d'une sage hygiène ; on donnera d'une manière méthodique les bains et les douches froides quotidiennement. On pourra y joindre l'emploi de l'électricité statique. On multipliera les distractions, les jeux physiques, les exercices corporels.

Si l'enfant paraît très débilité, par exemple à la suite d'une maladie antérieure, ou par la croissance, il sera bon d'ajouter une médication reconstituante : M. Ollivier donne habituellement l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et le phosphate de chaux.

L'emploi du bromure de potassium paraît n'avoir aucun résultat dans le traitement de l'hystérie. Ce fait, dénoncé par M. le professeur Charcot, est actuellement admis par tous les auteurs. Le bromure de potassium n'a donc plus guère d'utilité, au point de vue qui nous occupe, que comme élément de diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie : on sait en effet la grande efficacité de ce médicament dans le traitement de la dernière de ces deux maladies.

Quoique les enfants hystériques, soient comme les adultes susceptibles d'être hypnotisés (Peugniez, d'Espine et Picot), on s'abstiendra de cette pratique, qui ne pourrait qu'accroître l'ébranlement de l'équilibre cérébral.

CONCLUSIONS

1° L'hystérie existe et n'est même pas rare chez les enfants au dessous de 5 ans,

2° Les causes principales sont l'hérédité et l'éducation vicieuse;

3° Les troubles psychiques sont généralement les premiers symptômes de la maladie;

4° La symptomatologie est, du reste, la même que dans les autres époques de la vie, sauf la moins grande prédominance des attaques et des stigmates somatiques;

5° Le pronostic est des plus favorables, pourvu qu'on intervienne par un traitement rationnel, le plus tôt possible;

6° Ce traitement ne donne lieu à aucune indication différente du traitement de l'hystérie chez l'adulte. On insistera surtout sur une bonne éducation et l'hydrothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Alby. — Etude sur l'hystérie, 1854.
Armaingaud. — Recherches cliniques sur les causes de l'hystérie ; Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux dans une école de jeunes filles. (Jonrn. de médec. de Bordeaux, 1879-1880.)
Athanasio. — Troubles trophiques dans l'hystérie. Thèse, Paris, 1890.
Barlow. — De l'analgésie hystérique chez les enfants. (Brit. méd. Journ. ; 3 déc. 1881.)
Batault. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, Genève, 1885.
Babinski. — Archives de Neurologie, 1886, v. XII.
Beau. — Recherches statistiques sur l'hystérie et l'épilepsie. (Arch. gén. de Méd. de Paris, 1836.)
Bernutz. — Article *hystérie* du Nouveau Diction. de Méd. et de Chir. prat.
Blocq. — Astasie, Abasie. Contracture. Thèse, Paris.
Boerhave. — Impetuum facum, p. 406.
Bouchut. — Du Nervosisme, Paris, 1858.
Bourneville. — Iconographie photographique de la Salpétrière.
Bourneville et d'Olier. — Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. (Progr. Méd., Paris, 1880, p. 949-966.)
Bourneville et Bonnaire. — Cas d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. (Progr. Méd. Paris1882, p. 645-648.)

— Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon, guérison par l'hydrothérapie. (Arch. de Neur. Paris, 1884, VIII, 86-100.)
— Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Paris, 1884.
Bourneville et Dange. — Cas d'hystéro-épilepsie chez un jenne garçon. (Progrès médical, Paris, 1883.)
Brachet. — Traité de l'hystérie. Paris, 1847.
Briquet. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859.
Brodie. — Des affections nerveuses locales. Leçons trad. par Douglas Æyre. (Progr. Méd., 1880.)
Cahen. — Astasie-Abasie. Thèse, Paris, 1890.
Carreau (J.-S.). — Case of hysteria in a boy, eight years old. (Améric. Journ. of. obstet. New-York, 1881, p. 504.)
Casaubon (de). — L'hystérie chez les jennes garçons. Thèse, Paris, 1884.
Celoni. — Lo sperimentale. (Avril 1886.)
Cerise. — Des fonctions et des maladies nerveuses.
Charcot. — De l'hystérie chez les jennes garçons. (Progr. Méd. de Paris, 1882, X, 985-1003, n°s 50, 51, 52.)
— De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. (Progr. Méd., 28 fév., 1886.)
— Leçons sur les maladies du système nerveux, v. III, 1887.
— Léçons de la Polyclinique du mardi à la Salpêtrière. (Notes du cours de MM. Blin, Charcot et Colin.)
— Troubles psychiques. (Gaz. hebdom. 4 janv. 1889.)
— Troubles de la nutrition dans l'hystérie. (Progr. Méd. 1890.)
Clopalt. — Etudes sur l'hystérie infantile.

Colin (Henri). — Essai sur l'état mental des hystériques. Paris, 1891.

Debacker. — Des halluc. et terreurs noct. chez les enf. et les adol. Th., Paris, 1881.

Debove. — Fièvre hystérique.

Déjérine. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. (Thèse d'agrég. Paris, 1886.)

Descroisilles. — Traité élém. de Pathol. et de clin. infant.; 2[e] édit., Paris, 1891.

Dufestel. — Des maladies simulées chez les enfants. Thèse, Paris, 1888.

D'Espine et Picot. — Manuel prat. des maladies de l'enfance, 4[e] édit, Paris, 1889.

Dessau. — Hysteria in boys, with the report of. a case. (In Améric. Journ. of. obstet. New-York, 1880, XIII, 935-942.)

Desterne. — De l'hystérie chez l'homme et de l'emploi des inhalations de chloroforme dans l'accès hystérique. Th., Paris, 1830.

Esquirol. — Mémoire sur les maladies mentales. Paris, 1838.

Fabre. — De l'hystérie chez l'homme. (Gaz. méd., Paris, 1881.)

— De l'hystérie chez l'homme. (Ann. méd. psych., mai 1875.)

Féré. — La famille névropathique. (Arch. de Neurol., Paris, 1884.)

Forget. — Recherches cliniques sur les névroses. (Gaz. méd., Paris, 1847.)

Georget. — Traité des maladies du système nerveux. (Paris, 1821.)

Gerhardt. — Handbuch der Kinder Krankeiten. Vol. V, 1[re] partie, première moitié, mal. du syst. nerv., par Otto Soltmann, pages 325-331.

Gerne. — Diagnostic et traitement des convulsions chez les enfants. (Connais. médic., Paris, 1882, IV, 554-558.)

Goldspiègel (Mlle). — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. Thèse, Paris, 1888.

Grasset. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1879 ; et article « hystérie » dn Dict. enc. des sc. médic., 1888.

Greffier. — De l'hystérie précoce. (Arch. gén. de méd., oct. 1882.)

Grisolle. — Traité de pathologie interne.

Guiraud. — Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté. Paris, 1880.

Hammond. — Traité des maladies nerveuses, trad. Lahadie-Lagrave, 1875.

Hénoch. — Vorlesung über Kinderkranheiten, IV aufl. 1889. (Die hysterichen Affectionen der Kinder.)

Henriot. — Cas d'hystérie précoce. (Union méd. et sc. du N.-E., Reims, 1879.)

Herz. — Wien. med. Wochensech., 1885, nos 43-45.

Hippocrate. — Œuvres complètes (Trad. de Littré), maladies des femmes, t. I.

Huchard. — Traité des névroses.

Jacobi. — On masturbation and hysterie in young children. (Amer. journ. of ohst., fév. et janv. 1876.)

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Jannet. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, Paris, 1880.

Jones. — Infantile hysteria. (Mississipi Valley, M. Mouth, Memphis, 1881, I, 108-110.)

Jugle. — Notes of a case of hysteria in a boy. (Lancet, Lond., 1883, II, 106, et Brit. med. journ., Lond., 1883, II, 167.)

Kempf. — Hystero-epilepsy in a boy ten ayers of age. (Med. News, Philadelphia, 1883, 89-91.)

Klein. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, Paris, 1880.

Kobner. — Lur Casuistik der Hysterie im Kindersalter. (Dentches Arch. für klin. med. Bd. 35 s., 524.)

Lancereaux. — Hémorrhagies névropathiques. (Un. méd., Paris, 1880, p. 56.)

Landouzy. — Traité de l'hystérie, 1848.

— Mémoires de la Soc. de biol. de Paris, séance du 13 mars 1875.

Lasègue. — Actes de la Soc. méd. des hôpitaux. Paris, 1855.

— Les hystériques. (Ann. med. psych. Paris, 1881.)

Legrand du Saulle. — Les hystériques. Paris, 1883.

Laufenhauer. — Ueher Hystero-Epilepsie der Knahen. (Centralbl. f. Nervenheilk, 1886, n° 6.)

Lepois. — Selectæ observationes et consil., etc. Pont-à-Mousson, 1618.

Louyer-Villermay. — Traité des maladies nerveuses ou vapeurs, 1816.

— Art. « Hystérie » du Dict. des sc. méd., t. XXIII.

— Traité de l'hypochondrie et de l'hystérie, t. Ier.

Maricourt. — Hystérie chez l'homme. Thèse, Paris, 1877.

Marmisse. — Hystérie à forme intermittente ou fièvre intermittente hystérique chez un garçon de 14 ans. (Gaz. méd. de Bordeaux, 1876, n° 4, p. 75.)

Martin. — Cas d'hystérie chez un jenne garçon. (France méd., 1877, p. 705.)

Monneret. — Article « Hystérie » dans le Compendium de méd. prat.

Massé. — Contribntion à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Montpellier, 1883.

Moreau (de Tours). — Psychologie morbide.

Olier (d'). — De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes), considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme. (Ann. méd. psych. Paris, 1881, 6e série, VI, 192-226.)

Ollivier (Aug.). — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1889. (17e, 18e, 19e, 20e, 21e, 23e leçons.)

— Etudes de pathologie et de clinique médicales, 1887, p. 531.

Paris. — De l'hystérie chez les petites filles. Thèse, Paris, 1880.

Paulmier. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, Paris, 1876.

Peugniez. — De l'hystérie chez les enfants. Thèse, Paris, 1885.

Pinel. — Traité de pathologie cérébrale.

Piorry. — Mémoire sur les névroses.

Pomme. — Traité des affections vaporeuses des deux sexes, Lyon, 1760.

Rathery. — Contribution à l'étude des hémorrhagies survenant dans le cours de l'hystérie. (Union méd., 1880, nos 12 et 35.)

Richer (P.). — Etude sur l'hystéro-épilepsie, le somnambulisme, le magnétisme et l'hypnotisme, etc., Paris, (2e édit., 1885).

Riegel. — Zur Lehre Vorsdien hysterischen Affectionen der Kinder. (Itschr. f. Klin. med., Berl., 1883.)

Riesenfeld. — Ueber Hysterie bei Kindern, thèse, Kiel, 1887.

Roberts (W.). — Cases of hysteria in boys. (Practitioner Lond. 1879.)

Sandras. — Traité des maladies nerveuses. 1851.

Schaffer. — Arch. f. Kinderheilk v. 1884, p. 401.

Schmidt. — Ueber das Vorkommen von Hysterie bei Kindern, Jahr. f. Kinderheil, XV, 1880.

Simon (Jules). — Confér. thérap. et clin. sur les mal. des enf., 2e édit. 1887, t. II, p. 172,

Szokalski. — Fantazyjne objawy zmyslowe. (Les symptômes fantasques des sens.)

Sydenham. — Schedulæ monitoriæ, etc., t. 1, p. 384.

Tostivint. — Contribution à l'étude de l'hystérie pulmonaire. Th., Paris, 1888.

Thompson. — A case of hysteria, with contraction of the lower limbs, anœsthesia and ischemier, in a boy. (Tr. clin. soc., London, 1878. 5,13.)

Weiss. — Arch. f. Kinderheilk v. 1884, p. 451.

West (Ch.). — Leçons sur les maladies des enfants. (traduction d'Archambault.)

Wilks (S.). — Lectures on deseases of the nervans system, delivered at Guy's hospital, London, 1883.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
HAYEM.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine; Henri Jouve, 15, rue Racine